COALICIÓN NACIONAL DE MUJERES DEL ECUADOR

CONTRIBUCIÓN CONJUNTA
PARA EL EXAMEN DEL COMITÉ DE DERECHOS DEL NIÑO

Una mirada desde las organizaciones de mujeres de la sociedad civil,
a los derechos de las niñas, adolescentes y mujeres ecuatorianas
a una vida libre de violencias

Quito, octubre de 2016

COALICIÓN NACIONAL DE MUJERES DEL ECUADOR

CONTRIBUCIÓN CONJUNTA
PARA EL EXAMEN DEL COMITÉ DE DERECHOS DEL NIÑO
Una mirada desde las organizaciones de mujeres de la sociedad civil, a los derechos de las niñas, adolescentes y mujeres ecuatorianas a una vida libre de violencias

PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

En la elaboración de este informe han participado las organizaciones integrantes de la Coalición Nacional de Mujeres del Ecuador (CNME). La Coalición Nacional de Mujeres es un espacio plural creado para defender los derechos humanos de las mujeres. Sus principales actividades son la incidencia política, la concertación de agenda, la elaboración de Informes Sombra y alternativos, el seguimiento de las observaciones y recomendaciones de los Comités de Derechos Humanos, y la generación de propuesta de ley y de política pública.

La Coalición está integrada por las siguientes organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro: Acción Ciudadana por la Democracia y el Desarrollo (ACDemocracia), Colectivo Político Luna Creciente, Cabildo por las Mujeres del Cantón Cuenca, Colectivo Nosotras, Confederación Ecuatoriana de Mujeres por el Cambio, Consejo de Mujeres Negras – San Lorenzo, Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, Coordinadora Política de Mujeres del Ecuador, Dirigencia de la Mujer de la Conferderación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE), Federación de Mujeres de Sucumbíos, Frente Ecuatoriano de Derechos Sexuales y Reproductivos, Movimiento de Mujeres de Sectores Populares Luna Creciente, Movimiento de Mujeres de Manabí, Mujeres de Frente, Observatorio Ciudadano de la Comunicación – Cuenca, Plataforma Nacional por los Derechos de las Mujeres, Red de Mujeres y Movimientos Políticos del Ecuador (REMPE), Fundación Desafío, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos – SURKUNA, El Parto es Nuestro Ecuador (EPEN).

La Coalición Nacional de Mujeres es un actor de la sociedad civil interesado en que el Comité de Derechos del Niño conozca sus puntos de vista.

La Coalición no está reconocida como entidad de carácter consultivo por el Consejo Económico y Social.

COALICION NACIONAL DE MUJERES

Con el Apoyo de:

RIDH
WWW.RIDH.ORG

Quito, octubre 2016

Nombre:	Coalición Nacional de Mujeres del Ecuador
Fecha de creación:	Mayo de 2014
Logotipo:	
Siglas:	CNME
Dirección:	Whimper N29-58 y Noboa Caamaño - Quito
Número de teléfono:	+593 2 6004935
Correo electrónico:	coalicionmujeresecuador@gmail.com
Correo de contacto:	coalicionmujeresecuador@gmail.com
Página web:	www.informesombraecuador.com
Estatus ECOSOC:	No

INDICE

Presentación Institucional		**1**
Metodología		**3**
I.	**Contexto sobre la situación de niños, niñas y adolescentes en Ecuador**	**3**
II.	**Maternidad forzada en niñas menores de 14 años**	**4**
III.	**Matrimonio Infantil**	**7**
IV.	**Violencia obstétrica en recién nacidos/as**	**9**
V.	**Violencia sexual en niñas y adolescentes**	**12**
VI.	**Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las y los adolescentes**	**19**
	Bibliografía	**31**
	Anexos	**36**

METODOLOGIA

Aquellas organizaciones que tienen mayor relación con los temas de niñez y adolescencia dentro de la Coalición, como Fundación Desafío, Surkuna, ACDemocracia y el Parto es Nuestro, conformaron el grupo de trabajo para concretar el informe. Estas organizaciones tienen sus oficinas en Quito y son de carácter nacional, regional e internacional.

Las reuniones mantenidas durante tres meses tuvieron lugar para compartir la información para la presentación del informe, su estructura, el número de páginas, los tiempos, etc.; despejar las dudas existentes, analizar de manera general la información con la que se contaba y la que hacía falta recopilar; así como para dividir el trabajo entre las participantes.

El informe que presentamos se concentra en evidenciar las diversas formas de violencia contra recién nacidos/as, niños, niñas y adolescentes: violencia en recién nacidos, maternidad forzada, matrimonio infantil, violencia sexual contra niñas y adolescentes, violencia sexual en el ámbito educativo, falta de acceso a la justicia en casos de delitos sexuales contra niñas y adolescentes, salud, derechos sexuales y derechos reproductivos, todo lo cual entra en la **sección de Violencia contra los niños y niñas** -El abuso y el trato negligente, incluida la recuperación física y psicológica y la reintegración social (art. 19 y 39)-. El derecho a no ser sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, incluidos los castigos corporales (art. 37(a) y 28(2)), establecidos por la Convención

Toda la documentación que presentamos en este informe está sustentada en investigaciones participativas realizadas por cada organización, recabando la información oficial respectiva; apoyándose en recomendaciones de informes alternativos como CEDAW, EPU o CAT; levantando testimonios; y, también sobre la práctica de patrocinio de casos.

Esta información constituye un valioso aporte, desde y para la sociedad civil, y un insumo importante para el movimiento de niñez y adolescencia en su lucha por lograr los plenos derechos de niños, niñas y adolescentes.

I. CONTEXTO SOBRE LA SITUACIÓN DE NIÑAS Y ADOLESCENTES EN ECUADOR

Ecuador suscribió la Convención de los Derechos del Niño el año 1990. Han pasado 26 años y la situación de la niñez aún presenta graves problemas a los cuales el Estado debe responder.

La Constitución Política del Estado de 2008 prioriza, en el Art. 35, a niños, niñas y adolescentes para recibir atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. También dispone que la misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, y de maltrato infantil. Afirma, por otra parte, que el Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

También señala en el Art. 341: "El sistema nacional descentralizado de protección integral de la niñez y la adolescencia será el encargado de asegurar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Serán parte del sistema las instituciones públicas, privadas y comunitarias."

Las políticas públicas desarrolladas por el Estado ecuatoriano en torno a la niñez y adolescencia, lejos de generar avances, han producido fuertes retrocesos, más aún desde inicios del 2015 debido a una seria crisis económica que ha incidido fuertemente en la

atención y protección a grupos vulnerables entre los que se encuentran los niños, niñas y adolescentes.

A partir de la promulgación de la Ley Orgánica de Consejos de Igualdad[1] el hasta entonces Consejo de Niñez y Adolescencia se transformó en Consejo Intergeneracional, menguando fuertemente la especificidad del trabajo con niños, niñas y adolescentes.

Los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADs) tienen la competencia para desarrollar los Consejos Cantonales de Protección de Derechos que deberán acoger al conjunto de grupos de atención prioritaria.

La Disposición Transitoria Novena de dicha Ley, señala que "en el plazo de ciento ochenta días contados a partir de la publicación de la presente Ley en el Registro Oficial, la Defensoría del Pueblo presentará a la Asamblea Nacional una propuesta de ley que establezca y estructure el sistema de promoción y protección de derechos." Desde julio del 2014, momento en que se publicó esta Ley en el Registro Oficial, hasta la actualidad, no se ha cumplido con esta disposición, dejando a los GADs sin una orientación clara sobre el sistema de protección. Esto ha generado un fuerte debilitamiento tanto de la institucionalidad creada en años previos para la atención y protección de niños, niñas y adolescentes, como de los otros grupos de atención prioritaria, entre ellas mujeres embarazadas y mujeres en situación de violencia, violentando así, el Art. 341 de la Constitución.

Como sociedad civil, estamos presenciando un fuerte retroceso en la aplicación y vigencia de los derechos de niños, niñas y adolescentes, como se demostrará en el contenido del presente informe.

II. SITUACIÓN DE LA MATERNIDAD FORZADA EN NIÑAS MENORES DE 14 AÑOS[2]

Entre 1500 y 2000 niñas ecuatorianas menores de 14 años ya son madres estos últimos cinco años según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INEC producto en más del 80% de casos por violación por perpetradores que se encuentran en el entorno más cercano de su vida. Denunciamos y visibilizamos la afectación que viven estas niñas en su vida cotidiana y en las dimensiones de su salud integral: física, mental y social.

Las estadísticas en los últimos 10 años

Según cifras del Anuario de Estadísticas Vitales del INEC,3 1950 niñas se embarazaron el año 2014. Entre algunas de las principales causas relacionadas con el embarazo en adolescentes en Ecuador, se reconoce el abuso sexual. Según datos del Servicio de Atención Integral de la Fiscalía4 se asegura que las niñas y adolescentes menores de 14 años son las principales víctimas de abuso sexual, casi siempre en entornos familiares o conocidos. De cada 10 víctimas de violación, 6 corresponden a niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, la gran mayoría de los casos no se denuncian. "De hecho, solo el 10,8% de todas las

[1] Consultar: https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/98211/116788/F-77326925/ECU98211.pdf

[2] Resumen elaborado a partir de la investigación Vidas Robadas www.fundaciondesafio-ec.org , presentada en la CIDH en Noviembre del 2105, como parte de la investigación regional del mismo nombre en la cual participa: Perú, Ecuador, Guatemala y Nicaragua.

[3] http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf

[4] www.fiscalia.gob.ec/

mujeres víctimas de violencia sexual logran efectuar la denuncia y "el 40% de niñas y adolescentes abusadas no dieron a conocer el hecho a ninguna persona; esto debido a que al 28% de las que avisaron no les creyeron, y al 16.3% les pidieron que no digan nada de lo sucedido. El resultado es que solo una tercera parte del total de niñas y adolescentes abusadas fueron atendidas o recibieron alguna respuesta" (Camacho y Mendoza, 2014)." Para el año 2014, la Fiscalía Nacional del Ecuador, informó que tres niñas menores de 14 años, denuncian diariamente violación sexual. Finalmente, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto en niñas menores de 14 años se ven reflejadas en las estadísticas del INEC con patologías gravísimas, desde la presencia de tumores placentarios, embarazos ectópicos, embarazos múltiples y complicaciones derivadas de alteraciones en la labor de parto, entre otras.

Afectación e impacto en su salud integral: testimonios

A modo de introducción se describen dos casos de maternidad forzada analizados en el marco de la investigación regional Vidas Robadas, en la cual participan: Ecuador, Guatemala, Perú y Nicaragua. Del caso ecuatoriano se citan 2 testimonios de niñas menores de 14 años que vieron vulnerada su salud integral y sus derechos humanos en general producto de la violación, el embarazo y la maternidad forzada que fueron obligadas a asumir.

Caso 1:
Violada por su padrastro a los 10 años, se embarazó y abortó espontáneamente. Luego tiene una pareja 7 años mayor a ella, quien la violenta física y psicológicamente. De esa relación tuvo 3 embarazos y dos abortos producto de los golpes recibidos por parte de su pareja. Este hombre la obligó a prostituirse y le quitó a su hija. Luego ella escapa y con ayuda de la Policía recupera a su hija, quien había sido duramente maltratada. Duda si denunciar a ese hombre por ser el padre de su hija. Actualmente, la niña tiene 13 años.

Caso 2:
Conocido de 17 años es el padre de su hijo, no tiene ninguna relación con él desde que nació el bebé, ni siquiera lo ha visto. Su madre mencionó que una semana antes de la entrevista para esta investigación la niña intentó suicidarse con un cuchillo. Actualmente tiene 14 años y cursa 1ero de bachillerato.

Salud Física

La salud integral de estas niñas madres menores de 14 años ha sido gravemente afectada, sus cuerpos no están preparados físicamente para reproducirse, existen varios riesgos en la gestación y en sus partos. De la revisión de las historias clínicas se determina que el 71% de los casos presentan complicaciones en el embarazo referidas sobre todo a anemia e infección de vías urinarias. El momento del parto, la complicación y riesgo más frecuente es la desproporción céfalo pélvica derivada de un crecimiento fetal que no es compatible con la pelvis de estas niñas, por lo tanto sus partos terminan en cesáreas: "La mayoría tiene guaguas[5] grandes". *(Médico tratante, Hospital Público)*

Una de las cosas que más les impacta es el dolor que sienten estas niñas cuando llegan con labor de parto:

[5] Niña o niño en idioma kiwcha en el Ecuador.

"Es conmovedor y trágico ver como sufren y gritan con los dolores de parto, estas niñas tienen el umbral del dolor infinitamente menor que el de una mujer adulta y sufren muchísimo. Generalmente las adolescentes sufren más, y es peor cuando su embarazo es no deseado producto de violación, gritan mucho y algunas piden que les saquen "eso" o les operen, a veces cuando vemos que les duele mucho les ofrecemos poner anestesia peridural". (Enfermera, Hospital Público)

El cansancio se instala en el cuerpo y la mente de estas niñas. Le preguntamos a una niña en qué momento le pudo dar de lactar a su recién nacido y su respuesta fue: *"Al siguiente día. Es que yo no sabía que había que hacer, yo me quedé dormida toda la noche, ni merendé, tenía sueño".* (Paola, 14 años)

Salud Social

El entorno en el que viven el embarazo estas niñas, el parto y posparto las conduce a que acepten su embarazo, a que sean "buenas madres". En el sistema de salud, el objetivo es atenderlas desde el punto de vista médico y procurar que no se vuelvan a embarazar[6].

"Cuando salí me pusieron el implante […] Me dijo: como usted tiene 13 años, ¡yo le voy a poner el implante, véngase! Mi mami no quería, pero yo si quería. Me dice: no sé señora[7], usted se pone, porque se pone."

La respuesta, aunque necesaria, es incompleta. Si bien los servicios de salud no son responsables de la protección integral, sí lo son de una parte. ¿Aunque los servicios cumplan con su parte, la solución no sería incidir en el entorno de riesgo y violencia que viven estas niñas? ¿A quién/es les toca dar las directrices? La respuesta no está para nada enfocada hacia la prevención de la violencia sexual, culpable de casi todos los embarazos en adolescentes menores de 14 años. Además, y tal vez lo más importante, un implante anticonceptivo garantiza tres años de protección anticonceptiva, no de violencia sexual.

Todas estas niñas vienen de entornos empobrecidos, no solo económicamente, sino afectivamente. Son niñas que no han sido protegidas y han vivido negligencia en carne propia.

Salud Mental

Estas niñas se encuentran en una situación compleja, quieren seguir su niñez y transitar hacia la adolescencia, pero no pueden, pues ya son madres y su entorno se encarga de decírselo una y otra vez. A continuación presentamos testimonios que dan cuenta de la de-subjetivación, de la pérdida de la identidad y/o sustitución de la misma a la que se ven expuestas las niñas:
Le preguntamos a una enfermera: *"¿Porque les dice señoras?".* Ella respondió: *"Por respeto, ya son mamitas".* (Enfermera Hospital Público)

"Señorita le encargo un ratito a mi hijo, voy a jugar". (Niña de 11 años, madre de un niño apenas de meses de nacido, alojada en una casa de acogida municipal)

[6] El 53% de las pacientes son dadas de alta con el implante sub-dérmico colocado, tomando en cuenta que solo en un caso se declaró relaciones sexuales consentidas.
[7] Destacamos que a estas niñas, las tratan de señoras.

En las Historias Clínicas revisadas se habla, en la mayoría de casos, de trastornos adaptativos y depresión, que también las puede conducir a intentos de suicidio. La confusión que viven estas niñas, la ambivalencia respecto de su situación es evidente:

"Como dicen, soy una madre que no sabe cómo criar a su hija".
"Le grité un montón de cosas a la nena, que mi mamá tuvo que venir a calmarme, hasta tuve ganas de pegarle, quería hasta matarla esa vez".

"Muchas niñas empiezan a bajar de peso, no comen adecuadamente, no duermen adecuadamente, están muy deprimidas porque no saben cómo salir solas de ese asunto, se ofuscan, empiezan a tener muchos niveles de estrés, quieren estudiar, regresar a la casa corriendo a verle al bebé, darle de lactar, volver a salir a veces a trabajar". (Testimonio de una psicóloga)

Conclusiones y recomendaciones

Es evidente que la afectación en la salud integral de estas niñas violadas y embarazadas es total. Las lesiones mentales y sociales que se producen, se reflejan fundamentalmente en la pérdida de su identidad de niñas y/o adolescentes tempranas para convertirse en madres en un proceso violatorio de sus derechos fundamentales, entre los cuales el derecho a la vida entendida esta como el conjunto de vivencias, sueños, proyectos, se reduce a la obligación de cumplir con una maternidad forzada.
Las violencias en su contra no cesan con la maternidad y se expresan en que algunas vuelven a embarazarse, no logran estudiar, viviendo en un limbo social del cual no logran salir, pues esta realidad es inherente a la pobreza en la cual viven.
Las soluciones a corto plazo, como la anticoncepción, el aborto legal, e incluso la adopción, deben estar en el marco de estrategias integrales que recuperen a estas niñas como ciudadanas y seres humanos.
En base a lo expuesto, se recomienda mejorar sustancialmente el acceso a la justicia y desarrollar estrategias específicas para que el delito de violación sexual en este grupo de edad sea tratado con más celeridad y enlazado con sistemas de protección integral a víctimas que contemplen las particularidades y vulnerabilidades de estas niñas.

III. MATRIMONIO INFANTIL

El panorama en cifras

Los datos oficiales del Registro Civil señalan que entre 2009 y 2014 se registraron 6.740 matrimonios de niñas y adolescentes mujeres entre 12 y 17 años, frente a 1.089 hombres menores de 18 años. Esta cifra evidencia que la mayoría de matrimonios registrados fueron matrimonios de niñas con hombres adultos, mayores de 18 años.

Esta fuente nos permite conocer que los porcentajes más elevados de matrimonio infantil se encuentran en la región Costa, particularmente en tres provincias: El Oro, Los Ríos y Manabí (INEC, Empleo. 2012). En Los Ríos, el 8% de las adolescentes está comprometida en matrimonio y/o vive en unión libre; en Manabí, este porcentaje desciende al 6% y en El Oro al 5%.

Un 3% de los y las adolescentes ecuatorianas vive o ha vivido en pareja; de este porcentaje

el 1% se encuentra en unión libre y el 0,6% está casado/a[8]. En el caso de las mujeres adolescentes el porcentaje de los compromisos en unión libre se eleva al 2% a nivel nacional.

Según la información del Censo de Población y Vivienda 2010, las regiones con el porcentaje mayor de matrimonios y/o uniones libres en las adolescentes mujeres de entre 12 y 17 años, son la Costa y la Amazonía: Esmeraldas (15%), Los Ríos (14%), Guayas (13,7%), Manabí (12,4%) y Orellana (13%). La magnitud es más baja en las provincias de la Sierra: Imbabura (4,2%), Carchi (4,4%), y Azuay y Chimborazo (4,6%, cada una).

Causas del matrimonio infantil

De acuerdo con la información de la investigación realizada por CARE Ecuador[9], los factores determinantes del matrimonio infantil se relacionan con el embarazo adolescente, el deseo de controlar la sexualidad de las adolescentes y/o limitar comportamientos percibidos como «de riesgo», buscar seguridad económica familiar, la salida del hogar de sus padres por falta de oportunidades educativas y laborales, experiencias de abuso sexual o control sobre la movilidad de las niñas y adolescentes; todo ello, en contextos de múltiples violencias de género contra las adolescentes y las niñas.

Los imaginarios sobre las relaciones entre hombres y mujeres en los diferentes contextos sociales y culturales a nivel territorial perpetúan los patrones tradicionales: la maternidad como destino único de las mujeres, su responsabilidad exclusiva de la crianza de hijos e hijas, limitando su desarrollo personal y proyectos de vida.

El matrimonio infantil en Ecuador refleja la complejidad y la lentitud de los cambios socioculturales; para erradicarlo no es suficiente una reforma legal, se hace necesaria una transformación sustancial de las prácticas culturales y ello requiere de políticas públicas sistemáticas. Los estudios realizados en diferentes comunidades reflejan la tensión que existe entre las expectativas y los proyectos de vida de las nuevas generaciones —específicamente de las mujeres niñas y adolescentes— y las limitadas oportunidades, sociales y laborales, que ofrecen sus familias y comunidades para cumplirlas.

> "El matrimonio es una construcción cultural. En los pueblos afro-descendientes hay una creencia de que si te pasas de 20 años ya eres vieja, «ya no te huele ni el perro», dicen en la comunidad; por tanto, las niñas ya crecen con esa motivación desde el hogar. Se sigue formando a las niñas para que se casen, y cuanto más pronto mejor, porque si pasan de los 16-17 años prácticamente ni las miran; entonces, tienen que aprovechar cuando están en la flor de la juventud". (Barbarita Lara, Conamune, Concejal del cantón Mira. Testimonio recogido en "Prácticas nocivas: Estudio sobre el matrimonio infantil y las uniones precoces en Ecuador". Julio de 2016)
>
> "Dentro de la construcción cultural es mejor ser madre soltera, tener un hijo, antes que quedarse sin nada, que es lo peor para vivir en la comunidad (...). El estatus de respeto hacia la mujer va por niveles: primero hacia la mujer que se casó, es el pico del respeto, porque tiene marido, tiene hijos y reconocimiento de señora; ahí viene otro nivel, el de madre, por lo menos tener tu hijo, si no te pudiste casar; en el último queda la que no tuvo hijos ni se casó." (Idem)

[8] Datos que no varían desde el año 2010. INEC–ENEMDU 2012.

[9] *Prácticas nocivas: Estudio sobre el matrimonio infantil y las uniones precoces en Ecuador. Democratización de derechos y diálogo intercultural*. CARE, Casa Ochún, CIESPAL, Canadá. Quito, julio 2016.

Recomendaciones

> "Las adolescentes (…) quieren estar mejor. Puede haber segundas personas que les proponen irse a vivir o casarse: «Tú tienes tus problemas, vente a vivir conmigo». Es algo que va sucediendo (...), ellas quieren tener su propia familia y ser independientes de los padres, eso es lo que piensan en ese rato, no lo que les puede pasar en el futuro." (Grupo focal Carapungo)

La Reforma al Código Civil de junio de 2015, establecida de acuerdo con los estándares internacionales de derechos humanos, fija la edad mínima para contraer matrimonio civil en 18 años para hombres y mujeres[10].

Esta nueva disposición legal no es suficiente si no se acompaña de políticas públicas sistemáticas orientadas a transformar los patrones culturales nocivos que fomentan esta práctica y la sustentan en las tradiciones, la religión y las leyes consuetudinarias. Las políticas y programas nacionales y territoriales deben incluir mecanismos de participación de las/los adolescentes, sus aportes y visiones desde su protagonismo.

1. Adoptar una estrategia nacional para la erradicación del matrimonio infantil, que incluya de manera explícita metas de política pública, con prioridades territoriales, compromiso político de los actores gubernamentales de las diferentes funciones y niveles estatales, aliados de la sociedad civil y la cooperación internacional.
2. Los Consejos Nacionales de Igualdad de Género e Intergeneracional y los Consejos Locales de Protección de Derechos deben desarrollar políticas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes para prevenir prácticas nocivas y situaciones de violencias de género hacia las niñas: matrimonio infantil, maternidades y embarazos forzados, matrimonio servil y forzoso (con fines de explotación sexual o servidumbre doméstica).
3. Prevenir el matrimonio infantil y el embarazo adolescente conlleva un amplio ámbito de trabajo: la puesta en marcha de programas sistemáticos orientados a cambiar los patrones socioculturales mediante políticas educativas y culturales, que incluyan la educación sexual integral entre pares: educación sexual entre pares adolescentes y entre pares padres–madres, que muchas veces no saben cómo abordar la sexualidad.
4. Las políticas públicas deben incluir programas de protección especial para casos de vulneración extrema de derecho, como es el caso de centros especializados en protección integral de derechos de niñas-madres.
5. Los programas y servicios de las instituciones del sistema de protección a niñez, adolescencia y mujeres deben incorporar dispositivos que promuevan su autonomía y empoderamiento, con énfasis en las niñas-madres (como establece el Código de la Niñez y Adolescencia (Art. 233), para que cuenten con las herramientas necesarias para generar medios de vida sostenibles y coherentes con sus planes de vida: salud, inclusión económica y social, justicia y reparación de derechos.

IV. VIOLENCIA OBSTETRICA (VO) EN RECIEN NACIDOS/AS

En Ecuador existe una violencia sistemática e invisibilizada de los derechos a la salud y la vida de los más débiles; los niños y niñas recién nacidos (RN). La violencia obstétrica[11] (Venezuela, 2006), se da como resultado de malas prácticas médicas y rutinas obsoletas y dolorosas: maniobra de Kristeller; clampeo temprano del cordón umbilical; tasas de cesáreas superiores al 41% (ENSANUT, 2014), cuando la OMS sugiere no superar el 10-15%;

[10] «Art. 83. Las personas que no hubieren cumplido dieciocho años no podrán casarse».
[11] Ver Anexos 2 y 3.

separación rutinaria del binomio madre/RN inmediatamente tras el parto, interrumpiendo el apego precoz y su forma de vincularse con la madre, lenta recuperación del estrés del parto y dificultad en el éxito de la lactancia materna; negación del alojamiento conjunto en el caso de los bebés prematuros y enfermos, etc.

Valgan estos ejemplos para ilustrar el incumplimiento de las numerosas normas y recomendaciones de la OMS y del Ministerio de Salud Pública (MSP) sobre la atención respetuosa en el nacimiento. Son insuficientes los esfuerzos del Estado ecuatoriano, pues solamente los centros de atención materno infantil tipo C tienen una mejor infraestructura para una atención respetuosa en el nacimiento, los centros tipo A y B siguen siendo muy deficientes.

Demasiados niño/as recién nacidos en Ecuador son víctimas de VO en sus diferentes formas. En la actualidad se está realizando un estudio para recoger datos sobre este tipo de violencia, desarrollado por la Universidad de las Américas (UDLA) y la asociación "El Parto es Nuestro", que será publicado próximamente.

« A las 33 semanas hubo fisura prematura de membranas, y a pesar de no presentar infección alguna, el ginecólogo no me dio otra alternativa que una cesárea programada. Mis brazos estaban atados, hicieron la maniobra de Kristeller, (…) hubo separación mamá-bebé (…) le di un beso y se la llevaron, le vi tres días después. Me pusieron una pinta de sangre, aunque no la necesitaba y pasé mal. Cuando subí a ver a mi bebé en la sala de neonatología me preguntaba ¿quién es mi bebé?, ese es el síndrome de extrañamiento materno». (B.D., testimonio completo a partir del minuto 1:15 https://www.youtube.com/watch?v=C86v6bH-50Y)

Recomendaciones para una atención respetuosa en el nacimiento

1. Fomentar desde el momento mismo del nacimiento e independientemente de la vía del parto, el contacto inmediato y sostenido del RN con su madre, evitando aquellas prácticas invasivas que fueran innecesarias y pudieran afectar al RN. Garantizar los derechos de los/las RN a estar acompañados permanentemente por sus padres: alojamiento conjunto, salas de neonatos 24 h., y método canguro. A la lactancia materna inmediata y a demanda en cuidados intensivos. Promover los Hospitales Amigos de los Niños, entre otros.
2. Erradicar la violencia obstétrica. Está demostrado que mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica no regresan a los controles médicos y en futuros embarazos no quieren ser atendidas en centros de salud, lo que aumenta el riesgo de mortalidad materna y neonatal. Recordemos que las tasas de mortalidad neonatal en Ecuador son
3. superiores a la media regional.
4. Incorporar la violencia obstétrica en el borrador del Código Orgánico de Salud y en el actual Código Integral Penal.
5. Tomar medidas efectivas ante la alarmante tasa de cesáreas, especialmente en los centros privados, dada su relación directa con la disminución del éxito de la lactancia materna.
6. Levantar estadísticas de atención neonatal en centros públicos y privados que sean accesibles a los usuarios con la finalidad de tener posibilidad de elección y monitoreo de prácticas.
7. Es necesario resolver problemas fundamentales como el pobre o ningún acceso a los servicios de salud de un 15% de la población, la mejora de la calidad de la atención y de la infraestructura y equipos de los servicios obstétricos existentes. La violencia

obstétrica se aprende y practica desde la universidad, por lo que es fundamental revisar los *pensum* académicos.

Lactancia materna

En cuanto al derecho a la alimentación del RN, es reconocido que las intervenciones nutricionales dirigidas a promover prácticas adecuadas de lactancia materna son las estrategias más efectivas para prevenir la desnutrición y disminuir la morbilidad y mortalidad infantil, graves problemas en Ecuador.

Cuando hablamos de lactancia materna, hablamos de Salud Pública. Sin embargo, los resultados de la ENSANUT (2014) confirman que en Ecuador dichas prácticas distan mucho de las recomendadas nacionales e internacionales. Pese a la existencia del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la leche materna (1981) y las campañas llevadas a cabo por el MSP, en Ecuador es una realidad que el mismo personal de salud ofrece leche de fórmula a los/las RN como primera opción, algo recurrente en centros públicos y privados. De igual manera, el permiso de baja maternal de 3 meses para la madre y 15 días para el padre no garantizan el debido cuidado y correcta alimentación al RN, además del hecho de que los padres permanecen excluidos de contribuir en los primeros cuidados del RN.

Según recoge la ENSANUT 2014, pese a estar científicamente comprobada la importancia del contacto piel con piel madre-RN en sus 2 primeras horas de vida para instaurar una correcta lactancia, en Ecuador el inicio temprano de la lactancia materna sólo se efectuó en el 54,6% de los/las RN. Un 14% lo hizo después de 24h de separación de su madre. Hasta el primer mes de vida, el 52,4% de los/las bebés se alimentaron exclusivamente con leche materna, para el grupo de 2 a 3 meses de edad, la lactancia materna exclusiva bajó al 48%, y entre los niños de 4 a 5 meses disminuyó al 34,7%.

> «Después de 10 días de la cesárea llamé a mi trabajo y me sorprendí al escuchar que sólo me aprobaban el permiso de maternidad por tres días ya que al tener un contrato ocasional de un año en la Dirección Provincial de Salud del Pichincha, la ley sólo me amparaba hasta la finalización de dicho contrato, que coincidió justo con el nacimiento de mi hijo. (…) no sabía qué hacer, colgué y lloré, pues en Recursos Humanos antes del nacimiento me habían asegurado que me daban los 84 días de ley de permiso de maternidad. Pedí tomar mis vacaciones para reponer los 10 días que no había ido a trabajar y para recuperarme de la cesárea. Pedí también el horario de lactancia y me dijeron que no me correspondía, pero que ellos me lo iban a conceder como un favor de su parte, no como un derecho por ley. Esto me pasó trabajando para la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, cuando supuestamente son ellos los que protegen la salud y bienestar de la ciudadanía.» (E.C.)

Recomendaciones

1. Informar y concientizar a la sociedad de la importancia fundamental que tiene la lactancia materna.
2. Garantizar que el personal de salud que atiende a los/las RN en centros públicos y privados tenga formación específica en lactancia materna y nutrición.
3. Supervisar que todas las salas de neonatos del país cumplen con la política de estar 24 horas abiertas a los padres y con lactancia materna a libre demanda como recomienda la OMS. Ampliar el número de bancos de leche en el país y mejorar la difusión de su existencia y de sus beneficios.
4. Ampliar el permiso de baja maternal hasta los 6 meses, en coherencia con el periodo

recomendado de lactancia y cuidado del niño/a en un ambiente de afecto familiar. Como también ampliar e igualar la baja paternal a 6 meses para fomentar las políticas de conciliación familiar.

5. Asegurar el cumplimiento del permiso de maternidad y de la reducción de jornada para dar de lactar, garantizados por la legislación ecuatoriana, pero irrespetados por instituciones públicas y privadas.

V. VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑAS Y ADOLESCENTES

La Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, realizada por la Comisión de Transición y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011)[12], evidencia la magnitud de mujeres que en Ecuador han vivido violencia de género, estableciendo que seis de cada diez mujeres y niñas de 15 a 64 años han sido víctimas de violencia en algún momento de su vida, es decir 3.260.340[13] (SENPLADES, Atlas de la desigualdad, 2013) y que un cuarto de mujeres en el país han sido víctimas de violencia sexual, de las cuales 25.7% fueron agredidas antes de los 18 años.

Según datos de la Fiscalía General del Estado, de cada diez víctimas de violencia, seis corresponden a niños, niñas y adolescentes, siendo en un 80% de los casos las víctimas mujeres, lo cual nos permite concluir que las niñas y adolescentes menores de 14 años son consideradas como las principales víctimas de violencia sexual en el país. Los datos sobre los responsables de la violencia sexual, muestran que esta ocurre principalmente en el "ámbito familiar", educativo y cercano. Sin embargo, la gran mayoría de los casos no se denuncian. De hecho sólo el 10,8% de todas las mujeres, adolescentes y niñas víctimas de violencia logran efectuar la denuncia, y el: "40% de niñas y adolescentes abusadas no dieron a conocer el hecho a ninguna persona; esto debido a que al 28 % de las que avisaron no les creyeron; y al 16,3 % les pidieron que no digan nada de lo sucedido. El resultado es que sólo una tercera parte del total de niñas y adolescentes abusadas fueron atendidas o recibieron alguna respuesta." No obstante, la Fiscalía reporta que recibe tres denuncias de violación a niñas menores de 14 años al día. (Proyecto de Ley Orgánica Reformatoria al Código Integral Penal, presentada por el Defensor Público el 6 de julio del 2016)

En el Ecuador, el 58,3% de las mujeres que dijeron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, reportó haberlo hecho con un hombre mayor de edad. Todos estos casos son considerados como violencia sexual según nuestra legislación (Freire WB, 2013). No obstante. en muy pocos casos son denunciados pues este tipo de relaciones inequitativas se encuentran naturalizadas inclusive por la misma víctima.

No obstante lo alarmante de estas cifras, se estima que en Ecuador existe un fuerte subregistro de los delitos de violencia sexual contra niñas y adolescentes, que se debe a la naturalización de los mismos y al estigma existente sobre las víctimas. En el caso de M.[14], presentado en este informe, varios padres y madres de niños agredidos se negaron a presentar denuncias por miedo a que sus hijos e hijas sean estigmatizados en el futuro.

La imposición de relaciones y prácticas sexuales utilizando la fuerza, amenaza o intimidación, es quizás la más brutal expresión de las desigualdades de género, y refleja claramente el ejercicio de poder masculino para someter o controlar los cuerpos de las

[12] http://www.humanas.org.ec/pdf/Violencia_de_Genero_Ecuador_encuesta_nacional.pdf
[13] . http://issuu.com/publisenplades/docs/atlasfinal1web.);
[14] Instrucción fiscal 170101816011758

mujeres, las adolescentes y las niñas. El 6,7% de mujeres de 15 o más años siendo niñas fueron violadas; esto significa que alrededor de 380 mil mujeres han vivido este tipo de agresión. (Atlas de las Desigualdades en Ecuador, 2013).

La situación de violación sexual que mujeres, adolescentes y niñas atraviesan afecta intensamente sus vidas. De acuerdo con el British Crime Survey la violación es el delito al que las mujeres más temen (Myhill y Allen, 2002). La violación también es un problema de salud pública. Entre las consecuencias de salud que no son mortales se encuentran: afección de estrés postraumático, trauma y lesión físicos –como fístula traumática (desgarre)–, infecciones de transmisión sexual, aborto espontáneo, embarazo no deseado, y aborto inseguro (Bruyn, 2003). Asimismo, gran parte de las afectaciones psicológicas que sufren las mujeres que han estado en situaciones de violencia sexual se acentúan con las estigmatizaciones sociales e institucionales que impiden en muchos casos la realización de la denuncia y la prosecución de la investigación, entre otras consecuencias.

Según el Informe mundial sobre la violencia y la salud, de la OMS "la violencia sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas. Al igual que las lesiones, se asocia a un mayor riesgo de diversos problemas sexuales y reproductivos con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión. En la salud mental las repercusiones son tan graves como en la física, y pueden ser también muy duraderas. La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse al suicidio, a la infección por el VIH o al homicidio, bien durante la agresión o bien ulteriormente en los «asesinatos por honor"15.

Un conjunto de evidencia importante en la región muestra que gran parte de la violencia sexual es perpetrada contra adolescentes, niños y niñas, y que las niñas pequeñas son particularmente vulnerables. De la misma manera, se ha encontrado una correlación entre los aspectos socioeconómicos y el riesgo de una mujer a sufrir violencia sexual. Los aspectos que aumentan el riesgo de violencia son: «vivir en contextos marginados, condiciones adversas como la orfandad o vivir en la calle y pobreza» (Contreras *et al.*, 2010: 51). Este dato es más inquietante dada la información probatoria que vincula el abuso sexual en la niñez y la adolescencia con la victimización durante la edad adulta, más violencia o relaciones sexuales sin protección (OMS, 2003).

Una de las consecuencias previsibles de la violación es el embarazo forzado (Londoño, 2000). Este se define como cualquier embarazo que la mujer considera peligroso para su salud, su vida y su integridad (Chiarotti et al., 1997). Varios estudios establecen que alrededor del 10 al 15% de las mujeres que fueron violadas resultan embarazadas.

A pesar de la petición realizada por Surkuna (Anexo 1) para acceder a datos que permitan vincular el delito de violencia sexual y el embarazo, las instituciones encargadas no han remitido esta información, razón por la cual no es posible determinar el número de embarazos en adolescentes que fueron producto de una violación. No obstante, la existencia de 2.470 embarazos en niñas de 10 a 14 años, todos considerados como embarazos producto de una violación de acuerdo a nuestra legislación, muestran lo común de un embarazo producto de una violación y la falta de acceso a la justicia en estos casos.

El embarazo producto de violación implica una doble vulneración a los derechos de las niñas y adolescentes mujeres, que tiene un impacto permanente en su salud y plan de vida. No obstante es una realidad ante la cual existen muy pocas respuestas efectivas.

---

[15] Informe Mundial Violencia y Salud. **Organización Mundial de la Salud. Catalogación por la Biblioteca de la OPS Organización Panamericana de la Salud Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen Washington, D.C.: OPS, © 2002.**

A esto se suma el hecho de que la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes viene generalmente acompañada de violencia física y psicológica. De acuerdo al análisis realizado de la encuesta de relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres por parte de Gloria Camacho y Cynthia Mendoza, en un 95% de los casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes han existido otras formas de violencia vinculadas.

Violencia sexual en el sistema educativo

En Ecuador, durante el año 2014 fueron registradas 271 denuncias de delitos sexuales en instituciones educativas. En el año 2013, de las 634 denuncias de violencia sexual contra niñas y adolescentes registradas, el 85% se relacionaba con violaciones contra niñas y adolescentes (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica ANDES, 2014). En 2013, menos del 6% de este tipo de denuncias fueron procesadas (Naciones Unidas, 2015), siendo la impunidad, el silencio y la tolerancia frente a este tipo de agresiones la regla general en el país.

Una de las causas estructurales de la violencia en las instituciones educativas es el abuso de la relación de confianza y poder entre los profesores y las niñas, niños y adolescentes. Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos existen dos factores que aumentan la probabilidad de este tipo de violencia:

- Cuando se encubren o toleran los hechos; y,
- Cuando no existen mecanismos legales adecuados que den respuesta al problema.
(Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud, OEA/Ser.L/V/II, Doc. 65 2011)[16]

Hechos que suceden con frecuencia en Ecuador[17], donde la violencia sexual desde las instituciones educativas es encubierta por las mismas instituciones, quienes generalmente culpabilizan a las y los niñas y adolescentes o a sus madres de estas agresiones, generando incluso estigma contra los mismos, lo que disuade a otras personas de denunciar. Y donde a pesar de la existencia de una ruta para la "erradicación de delitos sexuales en el ámbito educativo" esta no se implementa[18], existiendo una falta de diligencia absoluta del Ministerio de Educación para actuar sancionando a las instituciones educativas, llegando incluso en el caso de asesinato y violación a niñas donde, contrariamente a la verdad, ha manifestado "no tiene responsabilidad sobre este hecho, por ser una institución educativa privada", dejando a niñas, niños y adolescentes en una situación de vulnerabilidad en instituciones educativas con dudosa responsabilidad sobre su cuidado, protección y bienestar.[19]

En todos los casos mencionados en este informe[20], ninguna de las instituciones escolares públicas ni privadas donde se perpetraron los hechos han sido sancionadas administrativa ni judicialmente, aun cuando en los mismos la mala fe y el encubrimiento han sido evidentes; así como tampoco han sido condenados los violadores, denotando una clara tolerancia por parte del Estado ecuatoriano frente a este tipo de delitos. Es así, que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) 2015, y el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) 2014, en sus observaciones finales a Ecuador manifestaron su preocupación porque siga proliferando la violencia sexual contra las niñas, el acoso de las niñas en las escuelas y los limitados resultados de las

[16] http://www.oas.org/es/cidh/mu jeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducySalud.pdf.
[17] Para mirar ejemplos de esto pueden consultarse la instrucción fiscal 170101816011758, el caso de Paola Albarracín vs Ecuador, la indagación previa 170101816065031, entre otras.
[18] http://www.elcomercio.com/tendencias/homenaje-conservatorionacional-musica-sofiacosios-muerte.html
[19] http://periodicopcion.tk/index.php/104-opcion/pais-adentro/426-la-injusticia-se-hace-ley-para-las-mujeres
[20] instrucción fiscal 170101816011758, el caso de Paola Albarracín vs Ecuador, la indagación previa 170101816065031

investigaciones judiciales para establecer responsabilidades e imponer sanciones en este tema.

A pesar de la alta incidencia antes mencionada, uno de los principales problemas que dificultan conocer las dimensiones del acoso sexual, abuso sexual y la violación en el sistema educativo, es el sub-registro en materia de violencia sexual de los cuales son víctimas las niñas, niños y adolescentes (CIDH, 2011) y la falta de entrega oportuna de información sobre estos casos desde las instituciones educativas.

Falta de acceso a la justicia

El Código Integral Penal no protege a las niñas y adolescentes mujeres de manera oportuna y las somete a un proceso de re-victimización. No hay proceso especial y expedito para los delitos de violencia sexual conforme lo establece el Art. 81 de la Constitución, ni jueces, ni procedimientos especializados, ni peritos especializados.

De acuerdo a información de la Fiscalía General del Estado[21], el número de sentencias condenatorias dictadas *versus* el número de denuncias recibidas en todos los delitos relacionados con violencia sexual a mujeres, niñas, niños y adolescente es ínfimo. Siendo que de agosto a marzo del 2015, se han recibido 1.727 denuncias de abuso sexual, de las cuales sólo 6 han sido condenatorias; han existido 693 denuncias de acoso sexual de las cuales sólo existen 3 sentencias condenatoria; y se han realizado 2.861 denuncias por violación de las cuales únicamente 38 han tenido sentencias condenatorias

En cuanto a la impunidad de la violencia sexual, de acuerdo a los datos de la Fiscalía General del Estado, sólo un 1 por ciento de las denuncias de violencia sexual y violación obtienen una sentencia. (Revista Fiscalía Ciudadana No. 39, año 2016, pág. 9).

Generalmente el denunciar violencia sexual, implica procesos engorrosos donde niños, niñas y adolescentes son revictimizados, culpabilizados y estigmatizados. Existiendo en los operadores de justicia falta de capacitación efectiva o falta de debida diligencia para la implementación sobre estándares internacionales y nacionales en el juzgamiento de delitos sexuales en niños, niñas y adolescentes.

Los casos de Paola Guzmán Albarracín, M. y V.C. son emblemáticos sobre la falta de acceso a la justicia en casos de violencia sexual contra niños y niñas.

Caso 1: Paola Guzmán Albarracín vs. Ecuador. Comisión Interamericana de Derechos Humanos[22]

Paola del Rosario Guzmán Albarracín, una niña dieciséis de edad, fue víctima de los delitos de acoso sexual y estupro por parte de Bolívar Eduardo Espín Zurita, Vicerrector del Colegio Fiscal Técnico de Comercio y Administración "Dr. Miguel Martínez Serrano", establecimiento de educación pública donde la joven estudiaba, desde que tenía doce años. El señor Espín, en su carácter de servidor público en una institución educativa, aprovechó su posición de autoridad para asediar continuamente a la niña y finalmente imponer a Paola Guzmán un acto sexual del que finalmente resultó un embarazo. Paola Guzmán Albarracín se privó de la vida en diciembre del 2002.

[21] http://www.fiscalia.gob.ec/index.php/sala-de-prensa/3733-la-investigaci%C3%B3n-penal-de-los-delitos-de-violencia-de-g%C3%A9nero-se-fortalece.html

[22] "Paola del Rosario Guzmán Albarracín y familiares contra Ecuador-Caso 12.678"

La institución educativa que debía protegerla y garantizar sus derechos falló además al no brindar servicios y consejería adecuada para responder a la violencia a la que fue sometida. Tampoco respondió adecuadamente a la emergencia médica, vulnerando su derecho a la vida. La violación fue denunciada por los padres de Paola, sin embargo la ineficacia del sistema judicial y administrativo mantienen el caso en la impunidad. Este hecho constituye un ejemplo de las violaciones a los Derechos Humanos en perjuicio de Paola Guzmán Albarracín, por parte de un agente del Estado que actuaba en su carácter de tal y aprovechando, además, las facilidades de su posición jerárquica y la presunción de confianza que sigue a quienes se dedican a actividades educativas. Este delito continúa impune y completamente invisibilizado, en medio de la incuria de las autoridades encargadas de la impartición de justicia y la abierta discriminación de las autoridades administrativas, a pesar de haber transcurrido trece años, cinco meses desde la injusta muerte de Paola.

La actitud del estado ecuatoriano violenta en perjuicio de Paola Guzmán tanto la obligación de respetar, absteniéndose de actos que ilegítimamente los vulneren, como la obligación de garantizar los Derechos Humanos , proveyendo atención oportuna, investigando y sancionando con la debida diligencia las violaciones de Derechos Humanos perpetradas contra personas dentro su jurisdicción. En consecuencia, Ecuador ha vulnerado en perjuicio de Paola Guzmán los derechos a la vida, la integridad personal, la seguridad personal, a una vida libre de violencia, el derecho a estar libre de discriminación, el derecho a la protección especial en su carácter de niña, y el derecho a las garantías judiciales y la protección judicial en términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.[23]

Durante el proceso "Paola del Rosario Guzmán Albarracín y familiares contra Ecuador-Caso 12.678" el Estado ha presentado información sobre las políticas públicas, avances en el "Plan Nacional de la Erradicación de la Violencia", la "Ruta y protocolo de actuación frente a situaciones de violencia y/o violencia sexual cometidas o detectadas en el Sistema Nacional de Educación" y la "Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar-ENIPLA"; sin embargo, estas intervenciones no han sido sostenidas al interior del Ministerio de Educación desde el 2014. Esto mereció de parte del Comité de la CEDAW en el año 2015 su criterio sobre la inefectividad de las políticas públicas para la protección de la violencia sexual en el ámbito educativo[24].

"El caso de Paola se enmarca en un contexto de impunidad, acoso y abuso sexual en Ecuador[25]. En Ecuador, durante el año 2014 fueron registradas 271 denuncias de delitos sexuales en instituciones educativas. En el año 2013, de las 634 denuncias registradas, el 85% se relacionaba con violaciones contra niña y adolescentes[26]. En 2013, menos del 6% de este tipo de denuncias fueron procesadas[27]. Uno de los problemas estructurales en la región que dificulta conocer las dimensiones del acoso sexual y abuso sexual, es el sub-registro en materia de violencia sexual de los cuales son víctimas las niñas, niños y

---

[23] Oficio presentado por las peticionarias a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 4 de marzo del 2016.

[24] COMITÉ CEDAW, OBSERVACIONES FINALES: ECUADOR, DOC. DE LA ONU CEDAW/C/ECU/CO/8-9 (60° PERÍODO DE SESIONES) (2015), párr. 26, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fECU%2fCO%2f8-9&Lang=en. Tomado del Oficio presentado por las peticionarias a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 4 de marzo del 2016.

[25] Coalición Nacional de Mujeres para la Elaboración del Informe Sombra de la CEDAW, Informe sombre al Comité CEDAW Ecuador (2014), pág. 52.

[26] Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica ANDES, *Ecuador emprende acciones para erradicar la violencia sexual en el sistema educativo*, Marzo 20, 2014, http://www.andes.info.ec/es/noticias/ecuador-emprende-acciones-erradicar-violencia-sexual-sistema-educativo.html.

[27] Sesión de preguntas y respuestas de las Expertas al Estado de Ecuador, en el marco de la sesión 60° del Comité CEDAW. Ver nota de prensa de 19 de febrero de 2015 http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15587&LangID=E.

adolescentes[28]. En Ecuador y en referencia al tiempo en el que ocurrieron los hechos, a pesar de que el acoso sexual fue tipificado como delito en 1998, hasta el año 2002 solamente 15 casos fueron reportados ante el Ministerio Público durante ese tiempo, de los cuales sólo uno tuvo sentencia[29]. Estas cifras, así como las declaraciones rendidas por Petita Albarracín y la Psic. Forense Ximena Cortés Castillo, demuestran que en Ecuador estos hechos no son la excepción, son hechos frecuentes, y que a pesar de los eventuales avances en la legislación y la existencia teórica de los programas de políticas públicas, persiste el fenómeno de acoso y abuso sexual en los colegios"[30].

Como ha quedado evidenciado, a casi 14 años de los hechos del caso, el sistema judicial no ha investigado de manera seria e imparcial lo ocurrido y por lo tanto tampoco hay una sanción a los responsables, ni reparación integral a las víctimas. La demora prolongada de los procesos internos constituye una violación de las garantías judiciales. El acoso y el abuso sexual contra niñas y adolescentes en establecimientos educativos constituyen una forma de violencia y legitima las relaciones de poder desiguales por razones de género. Tanto la falta de protección ante la ocurrencia de la violencia sexual a la que fue sometida Paola como la falta de debida diligencia frente a un caso de violencia contra las mujeres, en especial de abuso y acoso sexual sufrido por una adolescente en su lugar de estudio, constituye una forma de discriminación y una falta a su obligación de no discriminar a Paola. Las actuaciones detalladas en el apartado anterior indican que las autoridades no investigaron la muerte de la víctima como un caso de violencia basada en género y no obstante haber ratificado la Convención de Belém do Pará, Ecuador no puso en práctica medidas, protocolos o directivas para investigar debidamente tal violencia.[31]

Trámite del caso ante la CIDH [32]

El 2 de octubre de 2006 fue presentada la petición del caso bajo estudio. El 17 de octubre de 2008 la Comisión admitió el caso bajo el Informe de Admisibilidad N° 76/08. En marzo de 2009, se iniciaron los trámites para alcanzar un acuerdo de solución amistosa entre las peticionarias y el Estado ecuatoriano, no obstante, las negociaciones para llegar a dicho acuerdo no progresaron. El 23 de diciembre de 2013, después de casi 5 años de negociaciones, las peticionarias comunicamos la decisión de concluir irrevocablemente con el proceso de solución amistosa y continuar con el trámite del caso, dado que la actuación de buena fe y la voluntad política por parte de las autoridades ecuatorianas no se concretó en un real compromiso por el respeto a los Derechos Humanos de Paola del Rosario Guzmán Albarracín (Paola) y sus familiares.

El 7 de enero de 2014, la CIDH anunció la conclusión del proceso de solución amistosa y la continuación del trámite del caso. El 5 de marzo de 2014, la CIDH transmitió a las peticionarias una comunicación del Estado de Ecuador con fecha de 25 de febrero de 2014, en donde éste manifiesta la disposición de retomar el proceso de solución amistosa. El 13 de marzo de 2014 y después de una reunión con el Estado, las organizaciones peticionarias reiteramos y confirmamos nuestra decisión de retirarnos del proceso de solución amistosa para asegurar una justa reparación a favor de las víctimas[33].

El 19 de octubre de 2015 se dio la Audiencia de fondo ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, a la cual no asistió el Estado ecuatoriano. El caso está a la espera del

---

[28] COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH), ACCESO A LA JUSTICIA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: LA EDUCACIÓN Y LA SALUD, DOC. OEA/SER.L/V/II, DOC. 65 (2011), párr. 5, http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducySalud.pdf.

[29] CLADEM Ecuador, Informe Alternativo a la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña. Periodo: 1996 -2002 11-12 (2004), disponible en http://www.cladem.org/images/stories/Publicaciones/monitoreo/ecuador/CDN-ECUADOR-2005.pdf

[30] Oficio presentado por las peticionarias a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 4 de marzo del 2016.

[31] Oficio presentado por las peticionarias a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 4 de marzo del 2016.

[32] Oficio de las peticionarias para solicitar a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la elaboración del Informe de fondo. Bogotá-Guayaquil, 19 de febrero de 2016

[33] Al respecto ver artículo 40.4 del Reglamento de la CIDH.

informe de Fondo previo el conocimiento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Caso 2: M. Indagación Previa Exp. 17282-2016-00610

M. es un niño de 4 años, víctima de abuso sexual y violación por parte de un profesor de su escuela. En su caso, a pesar de existir su testimonio en cámara de gessel y varias pericias psicológicas donde el menor identificaba inequívocamente a su aggressor, el mismo fue sobreseído por una supuesta duda razonable.
Al apelarse a la sentencia, la misma fue anulada, volviéndose a instrucción fiscal, no obstante irrespetando todos los estándares internacionales y nacionales en materia de juzgamiento de delitos sexuales, la corte superior ordena otras pruebas de identificación del agresor altamente revictimizantes. Esto demuestra la falta de capacitación en jueces sobre debido proceso, género e interés superior de niños, niñas y adolescentes.

Caso 3: V.C.

V.C. apareció muerta en su escuela el 24 de junio del 2016. Su caso se encuentra en investigación actualmente. No obstante la escuela donde murió V.C. no ha sido sancionada por este hecho dejándose en vulnerabilidad a muchos otros niños y niñas.

Violación a la Convención de Derechos del Niño

Estos hechos implican una clara violación al Art. 19 de la Convención de Derechos del Niño, puesto que el Estado ecuatoriano no está garantizando a las niñas, niños y adolescentes el derecho a crecer sin la posibilidad de ser víctimas de violencia sexual, la normativa y políticas existentes en la actualidad no han logrado que los índices de delitos sexuales contra este grupo de atención prioritaria disminuyan sino que, por el contrario, ha pecado de omisión al permitir que la impunidad en este tipo de delitos se siga incrementado, sin siquiera generar políticas y protocolos eficientes para la atención de este tipo de víctimas donde se evite la re-victimización y se ayude a la víctima a reconstruir su proyecto de vida y a reincorporarse a su vida cotidiana.

Recomendaciones

1. Generar políticas sostenidas para la eliminación de patrones culturales que inciden en la permanencia y reproducción de la violencia de género y de la violencia sexual, mediante trabajo continuo que se desarrolle tempranamente en las familias, en los centros educativos de todos los niveles, en los medios de comunicación y en las instituciones públicas y privadas.
2. Implementar programas de educación sexual, prevención de la violencia sexual y de género en las instituciones educativas, con el objetivo de garantizar que niños y niñas sepan identificar estos actos y actuar frente a los mismos.
3. Establecer mecanismos de monitoreo de la violencia contra las niñas, niños y adolescentes en todas sus funciones y niveles, y en coordinación y con la participación de la sociedad civil organizada. Establecer un sistema de recopilación de estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra este grupo de atención prioritaria, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, erradicar, sancionar la violencia contra las mujeres y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios.
4. Generar un sistema de protección integral de derechos a niñas, niños y adolescentes sobrevivientes de violencia, de conformidad con los Art. 341 y 342 de la Constitución,

es decir, a través de sistemas especializados y asignación de recursos suficientes, oportunos y permanentes para su gestión.

5. Institucionalizar en los sistemas de Protección de Derechos a nivel territorial mecanismos institucionales de coordinación (mesa, dirección, secretaría) que trabajen de manera específica la violencia de género contra niñas y adolescentes y desarrolle programas y acciones para la prevención, protección de los derechos de las sobrevivientes y restitución de sus derechos.
6. Capacitar a jueces y fiscales en estándares internacionales para juzgamiento de delitos sexuales cometidos contra niños, niñas y adolescentes, y en delitos sexuales en el ámbito educativo.
7. Implementar efectivamente la ruta de "erradicación de delitos sexuales en el ámbito educativo".
8. Generar un sistema de sanciones para instituciones educativas que no tomen medidas de protección adecuadas en casos de delitos sexuales ocurridos en su institución o detectados atreves de la misma.
9. Modificar el código penal para incluir responsabilidad penal para las instituciones educativas que encubran delitos sexuales.
10. Despenalizar el aborto por violación, garantizando el acceso oportuno y el consentimiento de adolescentes sobre el mismo de acuerdo a su autonomía progresiva precautelando, siempre como prioridad, su bienestar superior.

VI. DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

A pesar de que Ecuador es signatario de múltiples convenciones internacionales en materia de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y de la Convención Internacional sobre Derechos del Niño, y de que el mismo cuenta con normas constitucionales y legales que protegen y garantizan estos derechos, la realidad en el ejercicio de los mismos muestra la falta de efectividad del Estado ecuatoriano en su garantía.

Las y los niños, niñas y adolescentes, son de los grupos sociales más vulnerados en este ámbito, debido a la existencia de patrones socioculturales y prejuicios sobre este grupo etario que hacen que constantemente sus derechos sean limitados o negados, incluso muchas veces aduciendo la necesidad de protección de su bienestar.

Plan de prevención del embarazo en adolescentes

Desde diciembre del 2014, Ecuador da la rectoría del Plan Nacional de Prevención de embarazos en adolescentes (ENIPLA) a la presidencia de la Republica en la persona de Mónica Hernández de Phillips, asesora presidencial y lideresa de la corriente religiosa marianista y de varios grupos que se encuentran en contra de los derechos de las mujeres, la equidad de género y la diversidad sexual[34] [35] [36] [37] .

Este cambio afecta fuertemente los derechos de las y los adolescentes, pues instaura una forma de ver y pensar a estos sujetos de derecho como objetos de control y protección [38],[39]. Esta política pública centra su accionar en la educación para la abstinencia y en los valores religiosos y familiares, contraviniendo los principios de laicidad y constituyendo una

[34] http://www.elcomercio.com/opinion/opinion-sebastian-mantilla-plan-familia.html
[35] http://www.planfamilia.gob.ec/rectoria-plan-familia-ecuador/
[36] http://paularomo.blogspot.com/2014/12/la-decision-del-gobierno-del-ecuador.html
[37] https://es.scribd.com/document/248799029/Carta-de-Monica-Hernandez-sobre-cuadernos-metodologicos-de-la-ENIPLA
[38] https://es.scribd.com/document/248799029/Carta-de-Monica-Hernandez-sobre-cuadernos-metodologicos-de-la-ENIPLA
[39] http://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/k_proyecto_plan_familia_2015.pdf

injerencia arbitraria en la vida de las y los adolescentes[40] [41]. También se centra en fortalecer roles tradicionales de género, que otorga a las mujeres la responsabilidad casi absoluta sobre la familia y el futuro de sus hijos e hijas.

Plan Familia ha repercutido en: la generación de un programa de educación para la sexualidad basado en conceptos religiosos y no científicos que se centra en la promoción de la abstinencia sexual pre-matrimonial[42]; generación de barreras de acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y salud reproductiva[43]; desabastecimiento de métodos anticonceptivos en el sistema Nacional de Salud[44], estigmatización de madres adolescentes y de adolescentes con identidades sexuales diversas[45], entre otros.

Acceso a Salud Sexual Integral

En el Ecuador no existen programas de educación sexual integral como parte de la política pública, sino que al contrario se promueven programas de educación para la afectividad y la sexualidad con enfoque de familia, los mismos que parten de conceptos altamente conservadores y poco científicos[46], hecho que restringe el acceso a información y asesoría por parte de adolescentes que les permita tomar decisiones sobre sus vidas, repercutiendo en los altos índices de embarazo en adolescentes, altos índices de embarazos no deseados en adolescentes, falta de acceso a anticonceptivos por parte de los mismos y falta de denuncia de la violencia sexual.

De acuerdo a la última encuesta de salud sexual y salud reproductiva (ENSANUT Tomo II, 2012), el 20% de las mujeres de entre 15 y 24 años de edad no ha recibido información sobre la pubertad; el 17,2% no ha recibido información sobre los aparatos reproductores; el 6,8% no ha recibido información acerca de la menstruación; el 13,9% no ha recibido información sobre relaciones sexuales; el 15,3% no tiene referencias sobre métodos anticonceptivos; 13,7% no ha recibido información sobre VIH e ITS; y el 47% no ha recibido información sobre anticoncepción oral de emergencia.

La falta de educación sexual integral en los centros educativos causa que las y los adolescentes lleguen a la adultez con mensajes contradictorios y confusos (UNESCO, 2010), lo que provoca mayor vulnerabilidad ante la coerción, el abuso, la explotación sexual, el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH (Ministerio de Educación de la Nación, 2009) (UNESCO, 2010).

Esto se da, sobre todo, cuando reciben información y formación en sexualidad a través de canales no formales e incidentales que impactan fuertemente en sus concepciones, actitudes y prácticas sexuales. Hecho que en Ecuador es una realidad, pues de acuerdo a las estadísticas, el medio por el cual las personas se enteran de temas relacionados a la sexualidad es la televisión (20%) (INEC, 2013). No obstante, no existen datos sobre el tipo de mensajes que los y las adolescentes adquieren a través de este medio.

---

[40] http://www.planfamilia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/07/Brochure-PFE-2016-ilovepdf-compressed.pdf
[41] http://www.elcomercio.com/tendencias/planfamiliaecuador-educacionsexual-monicahernandez-familia-ecuador.html
[42] http://www.planfamilia.gob.ec/ministerio-de-educacion-ejecutor/
[43] La investigación nuestros derechos, nuestras voces, analiza las barreras de acceso a servicios de salud que experimentan adolescentes desde el a implantación de Plan Familia http://surkuna.org/sitio/publicaciones-propias/
[44] Nuestros Derechos, nuestras voces http://surkuna.org/sitio/publicaciones-propias/
[45] https://es.scribd.com/document/248799029/Carta-de-Monica-Hernandez-sobre-cuadernos-metodologicos-de-la-ENIPLA
[46] http://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/k_proyecto_plan_familia_2015.pdf
https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjWgar_yfjPAhVC0WMKHXQoBCAQFggxMAM&url=http%3A%2F%2Fsaludyderechos.fundaciondonum.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F06%2FDOCUMENTO-COMPLETO-JUNIO-7.doc&usg=AFQjCNG1rLI2W5BR3aPDl6BFTCFJma54Qw

La falta de información adecuada en adolescentes acerca de su sexualidad se ve exacerbada por sentimientos de vergüenza y actitudes de silencio y desaprobación por parte de personas adultas (padres, madres y docentes) ante la posibilidad de abrir una discusión sobre temas sexuales precisamente cuando se hace más necesaria (UNESCO, 2010). En casos donde esto no sucede, la información que las personas adultas tienen sobre sexualidad no siempre es completa, ni está basada en evidencia científica o es adecuada a la edad; lo que puede influir en que las y los adolescentes vivan su sexualidad a partir de creencias y mitos perjudiciales para su ejercicio (UNICEF y Plan Internacional, 2014).

Esta negación de acceso a educación sexual integral repercute en las altas tasas de embarazo en adolescentes[47], en las altas tasas de embarazo no planificado/no deseado existentes en mujeres adolescente que alcanzan el 30,2% de los embarazos en mujeres menores de 20 años (Freire WB, 2013), en las altas tasas de violencia sexual contra adolescentes[48] y en las bajas tasas de uso de anticonceptivos en estas edades,[49] constituyéndose efectivamente en un factor de vulnerabilidad para los adolescentes, que niega sus derechos, es una injerencia arbitraria en su vida y los expone a grandes riesgos fácilmente evitables.

De igual manera, aumenta los riesgos de prácticas inseguras y sus efectos, propicia la instauración de estilos de vida riesgosos que pueden tener impactos potenciales en la calidad de vida[50], coarta su capacidad para tomar decisiones reproductivas, el conocimiento de su cuerpo y reproduce la desigualdad de género y la desigualdad social.

Acceso a servicios de salud

Las y los adolescentes en Ecuador se enfrentan a múltiples barreras para acceder a servicios de salud. Los y las adolescentes se ven obligados a hacer frente a barreras propias a su edad relacionadas con las creencias sociales existentes sobre esa etapa de vida (Save the Children, 2003), lo que implica una mayor desprotección de su bienestar y sus derechos frente al sistema de salud.

En un estudio de caso realizado por la organización SURKUNA en el año 2016[51], sobre el acceso de adolescentes a servicios de salud sexual y salud reproductiva muestra que entre las principales barreras de acceso se encuentra la falta de espacios amigables para adolescentes, la falta de personal capacitado para brindarles información y asesoría, la falta de insumos en salud sexual y salud reproductiva, la falta de claridad sobre su derecho a consentir determinados procedimientos y la falta de confidencialidad en las consultas. Hechos que disuaden a adolescentes y jóvenes de buscar servicios de salud, y que causan que sean el grupo con menos asistencia a consultas de morbililidad en el país.[52]

---

[47] En Ecuador, la Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA) de mujeres entre 12 y 19 años con al menos un hijo nacido es de 107,20 de cada 1.000 partos (Infografía del Embarazo Adolecente. INEC, 2010).

[48] Según datos del Servicio de Atención Integral de la Fiscalía las niñas y adolescentes menores de 14 años son las principales víctimas de abuso sexual, casi siempre en entornos familiares o conocidos. De cada 10 víctimas de violación, 6 corresponden a niñas, niños y adolescentes y de estos 80% a mujeres. (Fundación Desafio, 2015)

[49] En Ecuador 67.7% de mujeres de 15 a 24 años no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las principales razones del no uso son: no esperaba tener relaciones sexuales, no conocía los métodos y no pudo conseguirlos (Freire WB, 2013).

[50] [50]. La OMS estima que el 70% de las muertes prematuras en la adultez se deben a conductas iniciadas en la adolescencia, durante la cual las acciones en salud tienen la posibilidad de generar cambios sostenidos en el tiempo.

[51] Nuestros Derechos, nuestras voces http://surkuna.org/sitio/publicaciones-propias/

[52] En Ecuador en el año 2011, aproximadamente 1.250.000 adolescentes de entre 10 y 14 años y 1.000.0000 de adolescentes de 15 a 19 años buscaron servicios de salud por diversos tipos de morbilidad; siendo el grupo de adolescentes de entre 15 y 19 años el grupo que asistió a menos consultas por morbilidad en el país (MSP, 2011).

Otra barreras importantes para que las y los adolescentes accedan a servicios de salud son los condicionamientos culturales o sociales de sus padres, sus creencias religiosas y las expectativas que tienen sus padres en cuanto al inicio de su vida sexual. Tales creencias y condicionamientos culturales pueden dificultar la búsqueda de servicios, por falta de recursos financieros, autonomía para disponer de su tiempo y altos niveles de control de padres y madres.

Los y las adolescentes también deben combatir los temores y prejuicios de prestadores de servicios, así como su mirada sancionadora y censuradora basada en un imaginario que los estereotipa como irresponsables, incapaces, poco maduros y promiscuos; y los colocan en valores, percepciones y juicios de valor sobre la adolescencia y su sexualidad que reproducen patrones de exclusión, discriminación y subordinación. Con frecuencia, los prestadores de servicios asumen un rol de agentes moralizantes, sesguan la información o la reducen de acuerdo a sus valores y convicciones personales; hecho que repercute negativamente en el acceso de servicios integrales hacia las y los adolescentes.

Al respecto, estos testimonios de adolescentes de Colegio que participaron en un proceso investigativo, describen la problemática que viven las y los adolescentes para tener información sobre sexualidad, hablar con sus padres y madres o acceder a servicios de salud[53]:

En la familia: *"No hablamos, nos callamos…"(José, Colegio Menor); "Es vergonzoso hablar de sexualidad con los padres porque no saben cómo hacerlo" (Laura, Colegio Tarqui); " A veces les pregunto a mis hermanos, pero toman a chiste y me molestan…No tengo confianza en mi casa y con mis papás piensan mal y más allá"* (María, Colegio Rocafuete)

En el Centro de Salud: *"No nos dan confianza para contar nuestras cosas en este lugar"* (Luis, Colegio Tarqui); *"Cuando entré (…) les dije y se sorprendieron (…) me sentí un poco nerviosa y pusieron (…) una cara como "¡ay pecadora!" o algo por el estilo y me dieron un charla (…) al principio bien y después me empezaron a preguntar y a juzgar y no me gustó"* (María, Colegio Menor)

A estas barreras se suma el hecho de que de las y los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 20 años, el 69,1% no tiene acceso a seguridad social ni seguro privado. Sobre adolescentes menores de 15 años no existen datos, sin embargo es muy probable que la mayor parte de esta población –particularmente en los quintiles más pobres- no cuente con afiliación en salud. Cf. ENSANUT *(Freire WB, 2013)*.

La falta de acceso por parte de adolescentes a servicios de salud, vulnera y restringe el ejercicio de sus derechos humanos, entrañando la violación de los derechos fundamentales de los y las adolescentes; como la salud, la vida, la integridad, la autonomía, la dignidad, la igualdad y la privacidad.

Acceso a métodos anticonceptivos

A pesar de existir normativa que establece que no se pueden establecer barreras de acceso a anticonceptivos por parte de adolescentes[54], en el Ecuador los adolescentes experimentan graves barreras, pues por un lado los modelos existentes de planificación familiar y anticoncepción pueden limitar su acceso debido a que muchas veces suponen un contexto que solo está presto a parejas heterosexuales, monogámicas y que no

[53] Para más testimonios ver: Nuestros Derechos, nuestras voces http://surkuna.org/sitio/publicaciones-propias/

[54] Acuerdo 2049 del Ministerio de Salud Publica

necesariamente corresponde a las formas de vivencia de la sexualidad en esta etapa de vida; y por otro, existe todo un aparataje institucional que impide el acceso efectivo de loas/las adolescentes a anticonceptivos generando barreras no legales como autorizaciones paternales, citas o charlas sobre abstinencia.

Este tipo de barreras inciden incluso en las encuestas realizadas por el Estado sobre salud sexual y salud reproductiva, puesto no consideran importante recabar información sobre el uso y conocimiento de anticonceptivos por parte de adolescentes no casadas, ignorando la realidad del Ecuador, donde aproximadamente el 50% de las mujeres inician relaciones sexuales antes del matrimonio y sin estar casadas (Freire WB, 2013). De esta manera, los datos que se generan, difícilmente pueden ser representativos de la brecha existente en cuanto al conocimiento y acceso de anticonceptivos.

De acuerdo a la última encuesta de Salud y Nutrición, Salud Sexual y Salud Reproductiva (ENSANUT) el 97,9% de las mujeres de 15 a 49 años y el 79,5% de las mujeres de 12 a 14 conocen al menos un método anticonceptivo moderno. Evidenciándose una mayor diferencia en la información sobre métodos anticonceptivos modernos en las adolescentes menores (Freire WB, 2013). Y una falencia en cuanto a la información que no permite valorar la calidad de este conocimiento y si la misma aporta para la toma de decisiones por parte de las mujeres.

En cuando a la necesidad de planificación familiar, la misma encuesta establece que el 7 % de las mujeres requieren servicios de planificación familiar. En el caso de las adolescentes únicamente se analiza la necesidad de métodos anticonceptivos en el grupo de 15 a 19 años cuando están casadas o en unión libre, lo que corresponden al 15,8% de las adolescentes en esta edad; de ellas 68,9% reportan usar anticonceptivos actualmente, 11,9% nunca los ha usado y el 19,2% usaban pero ya no lo hacen. De las mujeres adolescentes con estas características, 12,1% informaron que actualmente sí desearían usar algún método anticonceptivo, el 77,11% dijeron que desearían utilizarlo en el futuro y sólo el 6,7% que no están interesadas en usarlos. Estas cifras muestran que el grupo de adolescentes casadas o en unión libre en este rango de edad es el que menos usa anticonceptivos. (Freire WB, 2013)

Igualmente, de acuerdo a estadísticas, el 67,7% de las mujeres, es decir, 2 de cada 3, no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual; el 62,1% porque no esperaba tener relaciones sexuales; 17% de ellas no lo hicieron porque desconocían sobre métodos anticonceptivos y el 4% porque no pudo conseguirlos. De estas mujeres, el 50% tuvieron su primera relación sexual antes de los 18,5 años, siendo que el 39,2% de las adolescentes de entre 15 y 19 años y 7,5% de las adolescentes de 10 a 14 años ya han tenido relaciones sexuales.

En las adolescentes de 15 a 19 años el porcentaje de mujeres que actualmente no usan anticonceptivos es mayor en relación a los demás grupos de edad (31,1 %). Además, se destaca el hecho de que un porcentaje importante de adolescentes de entre 15 y 19 años (15,8 %) se encuentra casada o unida. (Freire WB, 2013)

La falta de acceso a anticoncepción no permite a las adolescentes decidir sobre su vida reproductiva y las somete a un contexto de alta inequidad social, donde son propensas a embarazos adolescentes no deseados, embarazos subsecuentes, violencia de género, y a abandonar la escuela y el trabajo. En Ecuador, la brecha entre embarazos deseados/planificados y embarazos ocurridos en el caso de las adolescentes llega al 30,2%, y está relacionada con la falta de educación sexual, acceso a servicios de salud y acceso a anticoncepción por parte de las/los adolescentes.

Embarazo en adolescentes

Ecuador es uno de los países en América Latina con mayores índices de embarazo en adolescentes. En el país 3.645.167 de mujeres son madres; de ellas, 122.301 son adolescentes (INEC, 2010).

Según el Censo de Población y Vivienda (2010) el porcentaje de embarazo en adolescentes en el Ecuador corresponde al 18.10%. Las provincias con mayores porcentajes de embarazo en adolescentes son: Los Ríos con el 23.75%, Zamora Chinchipe con el 22.82%, Morona Santiago con el 22.10%, Esmeraldas con el 22.37% y Cañar con el 21.37% (INEC, 2010). Cada porcentaje toma en cuenta el número de nacidos vivos de madres adolescentes en relación al total de nacidos vivos entre la población de 15 a 19 años de edad. Es decir que las cifras reales son aún mayores si se tomaran en cuenta los rangos de 10 a 14 años. De igual manera no están contemplados aquellos embarazos que fueron interrumpidos, con lo cual la cifra aumentaría.

Del total de adolescentes mujeres en el país, el 17,5% de mujeres de entre 15 y 19 años y el 0,6% de las adolescentes de entre 12 y 14 años son madres; lo que las hace más vulnerables a la reproducción intergeneracional de la pobreza, posible inestabilidad familiar, deserción escolar, inserción precaria en el mercado laboral, así como a complicaciones en su salud (INEC, 2010). De las adolescentes menores de 15 años de edad, con al menos un hijo, el 11,1% reportó haber tenidos dos hijos y en el grupo de 15 a 19 años el porcentaje con dos hijos o más fue del 16,2% (Leyva Flores, Serván-Mori & Quintino, 2013).

El embarazo adolescente está relacionado con determinantes sociales, económicas y culturales (Leyva Flores, Serván-Mori & Quintino, 2013), siendo los principales la edad de comienzo de la actividad sexual (aunque el efecto no resulta constante), el acceso y uso de métodos anticonceptivos, la trayectoria escolar, la presencia de servicios de salud en los territorios, el nivel socioeconómico (pobreza), la falta de información y educación sobre sexualidad, los patrones socio culturales negativos asociados a la vivencia de la sexualidad en la adolescencia y la violencia de género (Llera Pinto, Cabrera & Buizza, 2014) (Leyva Flores, Serván-Mori & Quintino, 2013).

A nivel nacional se reporta que de las mujeres de entre 15 y 24 años que estuvieron alguna vez embarazadas un 43,8% quería esperar más tiempo, mientras que un 3,7% no quería tener ese embarazo. Las proporciones más altas de mujeres de 15 a 24 años que hubiesen querido esperar más para tener ese embarazo se presentan en mujeres urbanas (60,4%), con instrucción superior o posgrado (56,5%) o que tenían una relación con un novio o amigo al momento del embarazo (54,7%) (Freire WB, 2013).

El 58,5% de mujeres que querían posponer sus embarazos y el 7,5% de adolescentes que no desearon ese embarazo son menores de 15 años (Freire WB, 2013). En el caso de embarazos no deseados, se registran efectos significativos asociados a la violencia contra las adolescentes y la no utilización de métodos anticonceptivos, sea por parte de la mujer como de los hombres; de igual manera inciden factores de contexto territorial, como el nivel de desigualdad económica y la tasa de abandono escolar promedio en el territorio (Llera Pinto, Cabrera & Buizza, 2014). Otro elemento que afecta de manera muy significativa en el embarazo durante la adolescencia es la edad a la que se inician las relaciones sexuales; a menor edad de inicio, mayor probabilidad de que el embarazo sea no deseado (Freire WB, 2013).

Además se puede constatar que en Ecuador existe una relación directa entre el embarazo adolescente, el acceso a la educación y la pobreza. El embarazo en la adolescencia es más común en jóvenes pobres, que han tenido menos educación formal y que viven en áreas

rurales (OMS 2014). En adolescentes de quintiles 1 y 2, la TEF adolescente es más alta llegando a 149, lo cual indica que aproximadamente el 15% de las adolescentes pobres tienen un hijo nacido vivo anualmente. Sin embargo, sólo el 10% quería tener un hijo, el restante 5% no quería o quería esperar. Las mujeres adolescentes del quintil 5, en contraste, tienen una TEF de 65. Es decir, el 6,5% de las adolescentes del quintil 5, tienen un hijo nacido vivo anualmente, de las cuales casi la tercera parte deseaban esperar más tiempo o no querían tener un hijo. (Llerena, 2012)

Los embarazos en la adolescencia tienen múltiples consecuencias médicas, sociales, culturales y económicas. Además de aumentar el riesgo en la salud de la madre como del niño, el embarazo adolescente puede ser un gran obstáculo en las posibilidades de construir un proyecto de vida.

De acuerdo a datos de la ENSANUT, en el 2012 el 59,1% de mujeres que se embarazaron entre los 15 y 24 años interrumpió sus estudios a causa del embarazo, de ellas 44,3% no volvió a retomarlos. Según esta misma encuesta, el 86,5% de las adolescentes embarazadas interrumpió su trabajo por un embarazo y únicamente el 47,1% de estas mujeres volvió a trabajar (Freire WB, 2013).

Aborto en adolescentes

Según varios estudios el embarazo en adolescentes está asociado el orígen en clases socioeconómicas menos privilegiadas, lo que hace más difícil para ellas obtener recursos económicos para llevar a cabo un aborto en condiciones de seguridad (Christofides, 2014) (Mpangile OMS, 1999). Asimismo, se ha referido que en muchas partes del mundo donde las condiciones legales y sociales son restrictivas, son precisamente las mujeres adolescentes quienes suelen estar más expuestas a riesgos (Guttmacher Institute, 2009). Es decir, que son las mujeres adolescentes y las que provienen de clases menos favorecidas las que enferman y mueren por causas evitables.

Por causa de restricciones legales y sociales en el acceso al aborto en muchas partes del mundo, las adolescentes suelen optar por procedimientos ilegales administrados por proveedores sin formación adecuada (OMS, 2011).

Para la mayor parte de las adolescentes, el factor económico juega un rol central en el proceso de toma de decisiones. Es más difícil para ellas obtener recursos financieros para llevar a cabo un aborto: los procedimientos seguros suelen ser costosos, y las adolescentes de bajos recursos terminan acudiendo a un proveedor de servicios sin formación médica y exponiéndose a procedimientos que ponen en peligro su salud y su vida (OMS, 2011).

En el mundo, las adolescentes son quienes tienen más probabilidad de retrasar la solicitud de un aborto en comparación con las mujeres adultas, requiriendo el aborto en fases más avanzadas del proceso, y por tanto poniéndolas en mayor riesgo (Hussain, 2014) (Lale, 2014). También, las adolescentes son quienes tienen mayor probabilidad de elegir un proveedor sin formación médica o de un aborto auto inducido, por ejemplo, mediante la ingesta de hierbas abortivas (Guttmacher Institute, 2009).

En el Ecuador en el año 2014, 228 adolescentes de 10 a 14 años y 2.857 adolescentes de 15 a 19 años fueron hospitalizadas a causa de un aborto no especificado, esto implica que son aproximadamente el 10%.

La penalización del aborto constituye una forma de violación a los derechos de las mujeres principalmente a su derecho a la vida, a la salud, a una vida libre de violencia, a la seguridad personal, a la autonomía, a la intimidad, a tomar decisiones sobre su vida reproductiva, a la autodeterminación sexual, a la dignidad, a la integridad, a la libertad, a la vida privada y

familiar, a la salud sexual, a la salud reproductiva, a la no discriminación, a gozar de los beneficios del progreso científico, a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos y degradantes, a la dignidad personal, entre otros. Esta limitación legal es inapropiada pues condiciona las decisiones de las mujeres, su capacidad para planificar sus vidas y constituye a la reproducción como una carga con un impacto desproporcionado en la vida de las mujeres al transformarla en un factor de discriminación e inequidad.

La penalización del aborto imposibilita el acceso de las mujeres a la atención médica[55] necesaria para preservar su salud y el más alto nivel de bienestar. Cuando el aborto es ilegal, la mayoría de mujeres no pueden acceder a servicios de aborto seguro lo que implica que pongan en riesgo su salud, afectando su derecho a la integridad personal y a la vida.

De acuerdo a las cifras, en el Ecuador 20 mujeres murieron en el año 2014 por complicaciones relacionadas con el aborto (INEC, 2014), la mayoría de estas muertes se relaciona con la falta de servicios adecuados para la interrupción del embarazo. Además muchas mujeres sufrieron complicaciones en su salud al acudir a servicios clandestinos e inseguros para interrumpir un embarazo que no deseaban, lo cual constituye al aborto no especificado como la tercera causa de morbilidad de mujeres en el país (INEC, Anuario de Egresos y Camas Hospitalarias Ecuador, 2014).

Falta de Acceso a abortos legales por parte de mujeres adolescentes.

En el Ecuador el Art. 150 del Código Integral Penal establece las situaciones en que el aborto no es punible, las mismas que son: 1. Cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la salud o la vida de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otras causas y 2. Cuando el embarazo ha sido producto de una violación a una mujer con discapacidad mental.

En el año 2014, el Ministerio de Salud Pública emitía una Guía de Práctica Clínica de Aborto Terapéutico mediante Acuerdo Ministerial No. 00005195, inscrita en el Registro Oficial Suplemento 395 del 12 de diciembre del 2014 y actualmente en vigencia. La misma establece que cuando hablamos de salud debemos usar un concepto amplio de la misma y entenderla como *"el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".* Entendiéndose por tanto que en el Ecuador las causales legales del aborto incluyen el acceso al mismo por las afectaciones que un embarazo puede causar tanto en la salud física, mental y social de las mujeres.

A pesar de esto desde el sistema de Salud y el Sistema judicial, se generan barreras de acceso por parte de las mujeres al aborto legal en general y al aborto por causal salud. Esto pues los profesionales de salud solicitan órdenes judiciales para que las mujeres puedan acceder a abortos legales o someten los casos a comités de bioética altamente conservadores y sesgados[56], los fiscales persiguen a los/las profesionales de salud que hacen abortos legales y los jueces no generan una jurisprudencia clara que proteja los derechos de las mujeres. Estas barreras son mucho más profundas en el caso de mujeres adolescentes quienes además tienen que enfrentar como obstáculo la falta de claridad sobre su posibilidad de consentir en la realización de esta práctica y el requerimiento de autorización por parte de sus padres y madres, que muchas veces tienen una opción contraria a la suya.

Esto causa que en el país únicamente el 5% de los abortos que se registran (1.715 de 35.719), sean considerados abortos médicos, terapéuticos o legales. Restringiéndose así los

[55] La Corte Interamericana de Derechos Humanos en varias sentencias ha reconocido que el derecho a la vida y la integridad se relacionan con el acceso a atención médica.
[56] Ver caso Judicial: 170101816063873

derechos de las mujeres a interrumpir sus embarazos cuando la ley lo autoriza y sometiéndolas a sufrimientos intencionales y duraderos físicos y emocionales, por razón de género que pueden ser considerados como atentados contra su integridad y dignidad humana.

En el caso de embarazos de adolescentes, únicamente se registran 292 abortos médicos (INEC, 2014), a pesar de existir más de 2.000 embarazos, y de que en un entendimiento integral de la salud, sería fundamental que se garantizara a todas las adolescentes la posibilidad de decir si quieren continuar un embarazo o no.

Negación del aborto en casos de embarazo producto de violencia sexual

En el Ecuador el Código Integral Penal Art. 150 establece que el aborto en caso de violación, únicamente es legal cuando la mujer violada padece una discapacidad mental. Esta norma es discriminatoria en dos sentido pues por un lado impide acceder a abortos legales al 99% de las mujeres en edad fértil violadas, lo cual de acuerdo a Juan Méndez (Méndez, 2013), Relator contra la Tortura, constituye una forma de tortura, trato cruel, inhumano y degradante; y por otro, pues la normativa lleva implícita una discriminación por condición de salud contra las mujeres con discapacidad mental a quienes se les permite el aborto por no ser consideradas como "aptas para tener hijos e hijas". Siendo una respuesta no integral y que genera desigualdades entre las mujeres por su condición de salud que son discriminatorias.
La prohibición legal o las normas restrictivas para interrumpir un embarazo impuesto por una violación suponen un régimen jurídico que afecta únicamente a las mujeres y, por lo tanto, constituye una forma de discriminación. En situaciones como éstas las mujeres son quienes sufren el acto de violencia y también quienes deben asumir la carga del embarazo y el parto, así como la crianza y cuidados. Por ello, las normas prohibitivas suponen una afectación de sus derechos desproporcionada con relación a los derechos de los varones y constituyen a la reproducción como una carga en la vida de las mujeres.

Varios estudios establecen que alrededor del 10 al 15% de las mujeres que fueron violadas resultan embarazadas. En un estudio realizado en los Estados Unidos se entrevistaron a 4.008 mujeres mayores de 18 años durante 3 años; entre éstas, el 10% reportó haber quedado embarazada como producto de una violación (Távara *et al*., 2011). En otro estudio desarrollado en una institución de prestación de servicios en México que incluyó 1.651 mujeres víctimas de violencia, la tasa de embarazo alcanzó poco más del 14% en el grupo de 12-49 años (Lara *et al*., 2003). En un estudio realizado en China, se concluye que una de las consecuencias del abuso sexual es la alta tasa de embarazos no deseados debido a fallas y/o dificultades con el uso de anticonceptivos en esas situaciones (Wu *et al*., 2005).

En cuanto a la decisión sobre la continuación o no del embarazo, en el estudio reportado por Távara *et al.* (2011), 50% de las mujeres optó por interrumpirlo y en otra investigación realizada en Colombia en un centro que presta servicios a mujeres que atravesaron una violación, sobre 121 mujeres, el 63% interrumpió el embarazo (Lara *et al*. 2003). Finalmente, «los estudios indican que entre 50% y 60% de las adolescentes que quedan embarazadas tienen antecedentes de haber sido abusadas física o sexualmente» (IPAS, 2005: 1; Klein y the Committee on Adolescence, 2005). A esto se suma el hecho de que muchas adolescentes recurren al aborto en estados avanzados del embarazo, cuando el riesgo de complicaciones es mayor (Olukoya *et al*., 2001).

En Ecuador las mujeres violadas no discapacitadas, no pueden optar por la interrupción legal del embarazo, siendo obligadas a una maternidad forzosa, que vulnera sus derechos a la vida, a la salud, a la integridad personal, a no ser sometidas a tortura, tratos crueles

inhumanos y degradantes, a una vida libre de violencia, a la vida privada, a no ser obligadas a ejecutar un trabajo obligatorio y forzado, entre otros; o a buscar un aborto ilegal y clandestino.

En Ecuador los riesgos derivados de una interrupción del embarazo en situaciones de ilegalidad, son graves afectaciones a la salud, física, mental y social de las mujeres, e incluso la muerte. De acuerdo al Anuario de Estadística Hospitalaria: Egresos y Camas (INEC, Anuario de Egresos y Camas Hospitalarias Ecuador, 2014), el aborto no especificado relacionado a abortos realizados con condiciones de riesgos es la tercera causa de egresos hospitalarios en mujeres, a pesar de que las estadísticas no nos permitan realizar una relación entre estos abortos y embarazos por violación, es evidente que dentro de estos 15.783 casos muchos serán de mujeres que abortaron pues el embarazo era producto de una violación. De la misma manera de acuerdo al Anuario de Estadísticas Vitales: nacimientos y defunciones (INEC, 2014), el aborto no especificado es la quinta causa de muerte materna, constituyéndose la prohibición del aborto en una forma de menoscabar el derecho a la vida de las mujeres y de revictimizar a las mujeres violadas y embarazadas.

Otros de los riesgos a los que se enfrentan las mujeres violadas que no quieren continuar sus embarazos en Ecuador son la judicialización y el encarcelamiento. De acuerdo al expediente del juicio 133-2013, instrucción fiscal 080101813060741, las mujeres violadas que por esta razón buscan interrumpir un embarazo son judicializadas por esta causa, lo cual expresa la violencia estructural a la que son sometidas las mujeres en este país, que genera indefensión, revictimización e impunidad. En este caso se investiga el aborto, pero jamás la denuncia de violencia sexual, generándose una mayor resistencia por parte de las víctimas a denunciar por la falta de efectividad del sistema penal ecuatoriano.

Penalizar el aborto cuando el embarazo ha sido producto de una violación supone un total desconocimiento de la dignidad humana y del libre desarrollo de la personalidad de la mujer gestante, cuyo embarazo no es producto de una decisión libre y consentida sino el resultado de conductas arbitrarias que desconocen su carácter de sujeto autónomo de derechos.

Este reconocimiento ha llevado tanto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (Comité de Derechos Económicos, 2012), como el Comité de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW, 2015), a recomendar al Estado la despenalización del aborto cuando el embarazo sea consecuencia de una violación aunque no se trate de mujeres con discapacidad y cuando se ha establecido la existencia de malformaciones congénitas.

El Estado Ecuatoriano tiene la obligación de generar respuestas legales e integrales que respondan a la realidad de todas las mujeres, y que garanticen que las mismas no sean sometidas a tratos, crueles, inhumanos y degradantes, ni a tortura.

Consentimiento Informado

En el Ecuador existe una ambigüedad jurídica sobre el tema de consentimiento informado en adolescentes, por un lado la Constitución y el Código de la Niñez y la Adolescencia garantizan el bienestar superior y la autonomía progresiva de adolescentes para tomar decisiones sobre su salud y, por otro, existe normativa como el modelo de consentimiento informado del Ministerio de Salud Pública[57] que establece que el consentimiento informado

[57] http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/RO-510-22-febrero-2016-CI.pdf

para adolescentes siempre tiene que ser firmado por un adulto, contraviniendo estos principios.

"7.3. Consentimiento informado en pacientes menores de edad. En el caso de menores de edad, el consentimiento informado deberá ser suscrito por el padre o la madre, o su tutor o curador. En el caso de padres menores de edad emancipados, el consentimiento podrá ser suscrito por los mismos, tanto para intervenciones clínicas en ellos o en sus hijos. Para una intervención médica en un menor de edad de padres menores de edad no emancipados, uno de los abuelos del menor, bajo cuya patria potestad viva, podrá suscribir el consentimiento informado. Cuando no exista una representación legal definida para un menor de edad y se presente un caso de disputa de la misma, o en casos en los cuales exista una definición contradictoria respecto a una intervención clínica, entre los representantes legales de un menor, el profesional de la salud en base a la valoración clínica, actuará en consideración al interés superior y beneficio del paciente."

Así mismo en la atención en salud a adolescentes, una de las barreras más frecuentes es que les solicitan autorización de sus padres para acceder a los servicios de salud, vulnerando de esta forma sus derechos fundamentales y dejándolos en situaciones de vulnerabilidad e indefensión.

Vinculación con la Convención

La vulneración de derechos descrita en el presente acápite implica la violación de los Art. 2.2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 16, 17, 19, 24, 26, 27, 28, 30, 34, y 37 de la Convención de los Derechos del Niño.

Recomendaciones

1. Promover el cambio de patrones socioculturales y prejuicios sobre adolescentes que hacen que constantemente sus derechos sean limitados o negados, incluso muchas veces aduciendo la necesidad de protección de su bienestar.
2. Derogar el Plan Familia y sustituirlo por una política de prevención del embarazo en adolescentes que contemple enfoque de género y derechos.
3. Implementar en el curriculum educativo programas de educación sexual integral basada en evidencia científica y enfoque de derechos y género.
4. Capacitar a los docentes sobre educación sexual integral para adolescentes
5. Generar una política publica que permita eliminar barreras de acceso por parte de adolescentes a servicios de salud.
6. Generar servicios de salud diferenciados para adolescentes.
7. Capacitar al personal de salud en atención integral a adolescentes.
8. Implementar el Acuerdo Ministerial 2490 y garantizar el acceso efectivo por parte de adolescentes a anticonceptivos.
9. Despenalizar el aborto en todos los casos y generar normativa adecuada para garantizar que no se impongan barreras de acceso para las y los adolescentes.
10. Modificar el modelo de consentimiento informado garantizando que incluya la posibilidad de adolescentes de brindar su propio consentimiento de acuerdo a su autonomía progresiva y bienestar superior.
11. Generar instancias de participación para adolescentes, en la generación de políticas públicas para su grupo etario y en el monitoreo y evaluación de las mismas.
12. Generar datos estadísticos y un sistema de información que permita efectivamente dar cuenta de las condiciones de vida y salud de las y los adolescentes en el país.

BIBLIOGRAFIA

Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica ANDES (20 de marzo de 2014). Obtenido de Ecuador emprende acciones para erradicar la violencia sexual en el sistema educativo. Disponible en: http://www.andes.info.ec/es/noticias/ecuador-emprende-acciones- erradicar-violencia-sexual-sistema-educativo.html.

Camacho, Gloria (2011). *La Violencia de Género contra las Mujeres en Ecuador: Analisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres.* Quito.

CEDAW (2015). *Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados del Ecuador.* Disponible en: http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhssmw5jHDQuNBd%2bTWAIG8TlE%2bppoLdXJkL6FnJxOEZSiIXeTNzzs9WIWVfAUAdZczlzb6eAIThgu%2f7bBissZuSLvCoAiVlrldnDmD2Xey5xb%2bKwHmOaJ7%2fLdSLeD711hiIw%3d%3d

CEDAW (2015) *Informe para la 60ava Sesión del Comité de la CEDAW sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva en Ecuador*. Disponible en: http://www.planv.com.ec/sites/default/files/informe_cedaw_2015_-_frente_.pdf

Naciones Unidas (2015). *Sesión de preguntas y respuestas de las Expertas al Estado de Ecuador, en el marco de la sesión 60° del Comité CEDAW. Ver nota de prensa de 19 de febrero de 2015*. Disponible en: http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15587&LangID= E.

Center for Reproductive Rights (2011). *The Worlds Abortion Law 2011.* Nueva York.

Christofides (2014). *Risk factors for unplanned and unwanted teenage pregnancies occurring over two years of follow-up among a cohort of young South African women.* Global Health Action.

Comité de Derechos Económicos, Sexuales y Reproductivos (2012). *Observaciones finales del Comité sobre el tercer informe de Ecuador, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su cuadragésimo noveno período de sesiones (14 al 30 de noviembre de 2012).* Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/E.C.12.ECU.CO.3_sp.pdf

Comite Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2010). *Barreras para el acceso de adolescentes y jovenes a servicios de salud:Documento Regional.*

CLADEM (2004) Ecuador
Informe Alternativo a la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña. Periodo: 1996 -2002 11-12. Disponible en: http://www.cladem.org/images/stories/Publicaciones/monitoreo/ecuador/CDN-ECUADOR-2005.pdf

Coalición Nacional de Mujeres del Ecuador (2015).
Informe Sombra para el Comité de la CEDAW. Disponible en: http://media.wix.com/ugd/273e4d_8109bbb4e95042f79388c7e102fb9600.pdf

Comisión Interamericana de DDHH (2011).
Acceso a la Justicia para Mujeres Victimas de Violencia Sexual: La educación y la Salud. Doc. OEA/SERL/V/II Doc. 65. Disponible en: www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducySalud.pdf

Comité de Expertas Mesecvi (2015)
«Comité de Expertas pone foco en embarazo adolescente y derechos sexuales y reproductivos». Washington. Disponible en: http://belemdopara.org/comite-de-expertas-pone-foco-en-embara- zo-adolescente-y-derechos-sexuales-y-reproductivos/

El Parto es Nuestro (2016)
Relatos de Parto. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/relatos

El Parto es Nuestro (2016)
Aportes de la organización el Parto es Nuestro al Proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto.

Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (Junio de 2014).
Encuesta de conocimiento, actitudes y prácticas respecto al aborto en una muestra seleccionada de ginecólogos.

Freire WB, R. M. (2013).
Encuesta nacional de salud y nutrición 2011-2012. INEC.

Frente Ecuatoriano por la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos (2012*).*
La realidad de la violencia sexual en Ecuador. Quito.

Fundación Desafío (2015)
Vidas Robadas. Entre la omisión y la premeditación. Situación de la maternidad forzada de niñas menores de 14 años en Ecuador. Disponible en: http://media.wix.com/ugd/8313b8_5d3d813fe76542959cef9af2a17b3e43.pdf

Guttmacher Institute (2009).
Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual.

Human Rights Watch (2013).
Criminalización de las victimas de violación sexual: el aborto ilegal luego de la una violación en Ecuador.

Hussain, S. (2014).
Intented and Unintended Pregnancies Worlwid in 2012 and Recent Trends. Estudies in Family Planning.

INEC (2010).
Censo de Población y Vivienda. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

INEC (2012).
Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres.

INEC (2014).
Anuario de Egresos y Camas Hospitalarias Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

INEC (2014).
Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones.

INEC (2014).
Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición (ENSANUT). Presentación de principales resultados en salud sexual y reproductiva. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/category/ensanut/

INEC (2014).
Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). 2011-2013. Elaboración: Freire *et al*.

IPPF (2008).
Aborto Legal: regulaciones comparadas. Montevideo.

Jaramillo, G. (2014).
Uso de anticonceptivos modernos vs tradicionales asociados con la dismunución de mortalidad materna.

Lale, S. (2014).
Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Disponible en: http://dx.doi.org&10.1015/S2214-109X(14)70227-X.)

Leyva Flores, R., Serván-Mori, E., & Quintino , F. (2013).
Embarazo en Adolescentes menores de 15 años de edad en Ecuador: Determinantes y consecuencias socio-económicas . Resumen Ejecutivo, Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Representación Ecuador.

Llera Pinto, F., Cabrera, P., & Buizza, C. (4 de Septiembre de 2014).
Investigación cuantitativa y cualitativa ¿Por qué aumenta el embarazo en adolescentes? Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Ecuador: ECONÓMICA - Centro de Investigación Cuantitativa para el Desarrollo Económico y Social.

Méndez, J. (2013).
Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes,Juan E. Méndez. Consejo de Derechos Humanos, 22 periodo de sesiones. Disponible en:

http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

Ministerio de Salud Pública (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Quito: MSP. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/

Ministerio de Salud Pública (2011).
Datos escenciales de salud: una mirada a la decada 2000-2010. Quito: MSP.

Ministerio de Salud Pública (5 de 11 de 2012).
Acuerdo Ministerial N°767. *Registro Oficial 720. 11-05-2012*. Quito: MSP.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato Guía de Practica Clínica*. Quito: MSP. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/

Ministerio de Salud Pública (2014).
Salud en adolescentes. Guía de Supervisión. Quito: MSP. Disponible en: http://salud.gob.ec

Mpangile (1999).
Induced abortion in Dar-es-Salaam, Tanzania: the plight of adolescents. In: Mundigo AI, Indriso C, eds. Abortion in the developing world. OMS.

Naciones Unidas. (2014)
Resolución sobre Matrimonio infantil, precoz y forzado. 2069/156. Disponible en: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2015/9953.pdf?view=1

Organización Mundial de la Salud (2011).
Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008. Geneva.

Organización Mundial de la Salud (2007).
Adolescent pregnancy –Unmet needs and undone deeds. A review of the literature and programes.

Rosero Garcés, R., Farina, M. (2016)
Prácticas nocivas: estudio sobre matrimonio infantil y uniones precoces en Ecuador. Mujeres Creciendo en Libertad, Embajada de Canadá. CARE - CIESPAL - CASA OCHÚN.

SENPLADES (2013).
Atlas de desigualdades del Ecuador. Quito.

Trivedi D., B. F. (2007).
Update on review of reviews on teenage pregnancy and parenthood. Centre for Research in Primary and Community Care University of Hertfordshire .

UNFPA (2013).
Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes - El estado de la población mundial 2013.

UNICEF (2012).

Estado Mundial de la Infancia.

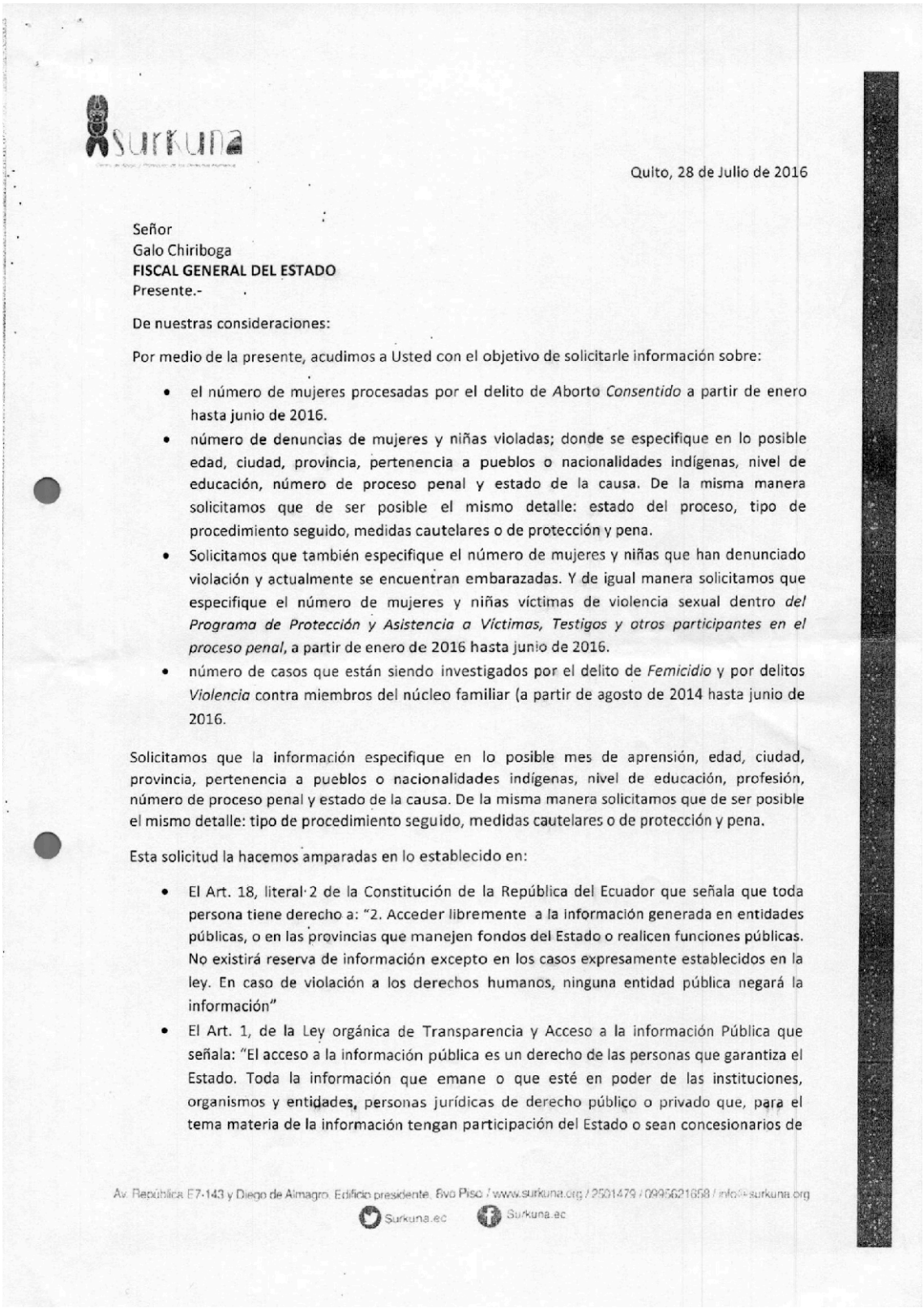
UNICEF y Plan Internacional (2014).
Viviencias y relatos sobre embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Informe Final. Panamá.

UNICEF (2011).
Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia una época de cambios.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos (30 de 10 de 2012).
Caso P y S versus Polonia, 57375/08.

ANEXOS

Anexo 1.



Surkuna

Quito, 28 de Julio de 2016

Señor
Galo Chiriboga
FISCAL GENERAL DEL ESTADO
Presente.-

De nuestras consideraciones:

Por medio de la presente, acudimos a Usted con el objetivo de solicitarle información sobre:

- el número de mujeres procesadas por el delito de *Aborto Consentido* a partir de enero hasta junio de 2016.
- número de denuncias de mujeres y niñas violadas; donde se especifique en lo posible edad, ciudad, provincia, pertenencia a pueblos o nacionalidades indígenas, nivel de educación, número de proceso penal y estado de la causa. De la misma manera solicitamos que de ser posible el mismo detalle: estado del proceso, tipo de procedimiento seguido, medidas cautelares o de protección y pena.
- Solicitamos que también especifique el número de mujeres y niñas que han denunciado violación y actualmente se encuentran embarazadas. Y de igual manera solicitamos que especifique el número de mujeres y niñas víctimas de violencia sexual dentro *del Programa de Protección y Asistencia a Víctimas, Testigos y otros participantes en el proceso penal*, a partir de enero de 2016 hasta junio de 2016.
- número de casos que están siendo investigados por el delito de *Femicidio* y por delitos *Violencia* contra miembros del núcleo familiar (a partir de agosto de 2014 hasta junio de 2016.

Solicitamos que la información especifique en lo posible mes de aprensión, edad, ciudad, provincia, pertenencia a pueblos o nacionalidades indígenas, nivel de educación, profesión, número de proceso penal y estado de la causa. De la misma manera solicitamos que de ser posible el mismo detalle: tipo de procedimiento seguido, medidas cautelares o de protección y pena.

Esta solicitud la hacemos amparadas en lo establecido en:

- El Art. 18, literal 2 de la Constitución de la República del Ecuador que señala que toda persona tiene derecho a: "2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las provincias que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información"
- El Art. 1, de la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública que señala: "El acceso a la información pública es un derecho de las personas que garantiza el Estado. Toda la información que emane o que esté en poder de las instituciones, organismos y entidades, personas jurídicas de derecho público o privado que, para el tema materia de la información tengan participación del Estado o sean concesionarios de

Av. República E7-143 y Diego de Almagro. Edificio presidente. 6to Piso / www.surkuna.org / 2501479 / 0995621658 / info@surkuna.org
Surkuna.ec Surkuna.ec

éste, en cualquiera de sus modalidades, conforme lo dispone la Ley Orgánica de Contraloría General del Estado; las organizaciones de trabajadores y servidores de las instituciones del Estado, instituciones de educación superior que perciban rentas del Estado, las denominadas organizaciones no gubernamentales (ONG'S), están sometidas al principio de publicidad; por lo tanto toda la información que posean es pública, salvo las excepciones establecidas en esta Ley"

- El Art. 2, de la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública señala: "La presente ley garantiza y norma el ejercicio del derecho fundamental de las personas a la información conforme a las garantías consagradas en la Constitución Política de la República, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Convención Interamericana sobre DDHH y además instrumentos internacionales vigentes, de los cuales nuestro país es signatario (...)".
- Art.3 de la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública señala: "esta ley es aplicable a: a) los organismos y entidades que conforman el sector público en los términos del artículo 118 de la Constitución Política de la Republica (...)"
- Art. 4 la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública señala: "en el desarrollo del derecho de acceso a la información pública se observan los siguientes principios: a) la información pública pertenece a los ciudadanos y ciudadanas. El Estado y las instituciones privadas depositarias de archivo públicos, son sus administradores y están obligados a garantizar el acceso a la información; b) el acceso a la información pública será, por regla general gratulto a excepción de los costos de reproducción y estará regulado por las normas de la ley: c) el ejercicio del a función pública, está sometido al principio de apertura y publicidad de sus actuaciones. Este principio se extiende a aquellas entidades de derecho privado que ejerzan la potestad estatal y manejen recursos públicos; d) las autoridades y jueces competentes deberán aplicar las normas de esta Ley Orgánica de la manera que más favorezca al efectivo ejercicio de los derechos aquí garantizados; y, e) garantizar el manejo transparente de la información pública, de manera que se posibilite la participación ciudadana en la toma de decisiones de interés general y la rendición de cuentas de las diferentes autoridades que ejerzan el poder público".
- Art. 5 de la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública señala: "Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creado u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado."
- Art. 9 de la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública señala: "el titular de la entidad o representante legal, será responsable y garantizará la atención suficiente y necesaria a la publicidad de la información pública, así como su libertad de acceso. Su responsabilidad será recibir y contestar las solicitudes de acceso a la información, en el plazo perentorio de diez días, mismo que puede prorrogarse por cinco días más, por causas debidamente justificadas e informadas al peticionario"

Surkuna

Para cualquier información o comunicación al respecto de la presente solicitud, nuestra dirección es Av. República E7-143 y Diego de Almagro, Edificio Presidente, Octavo piso; nuestro teléfono de contacto 2524054 o 0990462841 y nuestro correo electrónico: surkuna.ec@gmail.com

Agradeciendo su atención a la presente, me despido.

Atentamente,

Ana Cristina Vera.

Ana Cristina Vera

Directora Ejecutiva Centro de Apoyo y Protección de los DDHH "Surkuna"

FGE

Documento No. :FGE-GD-2016-015804-EXT
Fecha :2016-07-28 10:35:00
Anexo :S/A.
Recibido por :BUSTAMANTE SANTINI JONNY HERMINIO

www.fiscalia.gob.ec

Quito, 27 de Julio del 2016

MINISTERIO DE JUSTICIA DERECHOS HUMANOS Y CULTOS
SECRETARÍA GENERAL
27 JUL 2016 11:35
HORA
RECIBIDO
Anexo: 4 fojas útiles
Nombre:

Señora
Ledy Zuñiga
Ministra de Justicia Derechos Humanos y Cultos
Presente.-

De nuestras consideraciones:

Por medio de la presente, acudimos a Usted con el objetivo de solicitarle información sobre el número de mujeres que se encuentran o se hayan encontrado en condición de privación de libertad en el país a causa del tipo penal *Aborto Consentido* a partir de enero hasta junio de 2016.

Solicitamos que la información especifique el número de mujeres por Centro de Rehabilitación Social, Centro de Detención Provisional, Centro de Adolescentes Infractoras o cualquier otro tipo de institución penitenciaria y detalle en los posible: edad, pena, nivel de peligrosidad en que la mujer se encuentra o se encontraba ubicada, ciudad, provincia, pertenencia a pueblos o nacionalidades indígenas, nivel de educación, profesión y número de proceso pena.

Esta solicitud la hacemos amparadas en lo establecido en:

- El Art. 18, literal 2 de la Constitución de la República del Ecuador que señala que toda persona tiene derecho a: "2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las provincias que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información"
- El Art. 1, de la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública que señala: "El acceso a la información pública es un derecho de las personas que garantiza el Estado. Toda la información que emane o que esté en poder de las instituciones, organismos y entidades, personas jurídicas de derecho público o privado que, para el tema materia de la información tengan participación del Estado o sean concesionarios de éste, en cualquiera de sus modalidades, conforme lo dispone la Ley Orgánica de Contraloría General del Estado; las organizaciones de trabajadores y servidores de las instituciones del Estado, instituciones de educación superior que perciban rentas del Estado, las denominadas organizaciones no gubernamentales (ONG'S), están sometidas al principio de publicidad; por lo tanto toda la información que posean es pública, salvo las excepciones establecidas en esta Ley"
- El Art. 2, de la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública señala: "La presente ley garantiza y norma el ejercicio del derecho fundamental de las personas a la información conforme a las garantías consagradas en la Constitución Política de la República, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Convención Interamericana sobre DDHH y además instrumentos internacionales vigentes, de los cuales nuestro país es signatario (...)".

Av. Republica E7-143 y Diego de Almagro, Edificio presidente, 3er Piso / www.surkuna.org / 2561479 / 0995203598 / info@surkuna.org
Surkuna.ec Surkuna.ec

- Art.3 de la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública señala: "esta ley es aplicable a: a) los organismos y entidades que conforman el sector público en los términos del artículo 118 de la Constitución Política de la Republica (...)"
- Art. 4 la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública señala: "en el desarrollo del derecho de acceso a la información pública se observan los siguientes principios: a) la información pública pertenece a los ciudadanos y ciudadanas. El Estado y las instituciones privadas depositarias de archivo públicos, son sus administradores y están obligados a garantizar el acceso a la información; b) el acceso a la información pública será, por regla general gratuito a excepción de los costos de reproducción y estará regulado por las normas de la ley: c) el ejercicio del a función pública, está sometido al principio de apertura y publicidad de sus actuaciones. Este principio se extiende a aquellas entidades de derecho privado que ejerzan la potestad estatal y manejen recursos públicos; d) las autoridades y jueces competentes deberán aplicar las normas de esta Ley Orgánica de la manera que más favorezca al efectivo ejercicio de los derechos aquí garantizados; y, e) garantizar el manejo transparente de la información pública, de manera que se posibilite la participación ciudadana en la toma de decisiones de interés general y la rendición de cuentas de las diferentes autoridades que ejerzan el poder público".
- Art. 5 de la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública señala: "Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creado u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado."
- Art. 9 de la Ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información Pública señala: "el titular de la entidad o representante legal, será responsable y garantizará la atención suficiente y necesaria a la publicidad de la información pública, así como su libertad de acceso. Su responsabilidad será recibir y contestar las solicitudes de acceso a la información, en el plazo perentorio de diez días, mismo que puede prorrogarse por cinco días más, por causas debidamente justificadas e informadas al peticionario"

Para cualquier información o comunicación al respecto de la presente solicitud, nuestra dirección es Av. República E7-143 y Diego de Almagro, Edificio Presidente, Octavo piso; nuestro teléfono de contacto 2524054 o 0990462841 y nuestro correo electrónico: surkuna.ec@gmail.com

Agradeciendo su atención a la presente, me despido.

Atentamente,

Ana Cristina Vera 1713758407

Directora Ejecutiva Centro de Apoyo y Protección de los DDHH "Surkuna"

Anexo 2.

Definición de Violencia Obstétrica, Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (Venezuela, 2006)

"Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres."

Anexo 3.

Ampliación de los actos constitutivos respecto a la Violencia Obstétrica sobre el/la recién nacido/a. Aportes de la organización el Parto es Nuestro al Proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto, Ecuador 2016:

- Nacimiento mediante una cesárea no justificada por la evidencia científica por deseo de los profesionales de la salud.
- Nacimiento mediante un parto inducido no justificado por la evidencia científica por deseo de los profesionales de la salud.
- Corte temprano del cordón umbilical.
- Aquellas prácticas dolorosas, obsoletas y desaconsejadas por la OMS sobre los recién nacidos, tales como: Uso de sonda anal o de sonda nasogástrica; inyección de vitamina k; aplicación de antibiótico en los ojos.
- Interferir en el establecimiento del vínculo precoz mamá–bebé, por ejemplo, al pesar y medir al recién nacido inmediatamente tras el parto separandolo de su madre.
- Separar a mamá y bebé por rutina tras un parto vaginal o cesárea.
- Impedir el acceso continuo a su madre y al alojamiento conjunto.
- Suministro de medicación que no estén justificada por el estado de salud del recién nacido.
- Alimentar con biberón de leche maternizada o agua glucosada sin la autorización de la madre.
- No brindar a sus padres el adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, brindando la adecuada información sobre el seguimiento ambulatorio.
- No brindar los cuidados y tratamientos necesarios, acordes con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales, sin tener en cuenta el gasto médico predeterminado por las instituciones. En caso de no estar cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, impedir su atención gratuita en todas las Instituciones de salud que reciban aportes del Estado.
- Realizar a exámenes o intervenciones cuyo propósito sea de investigación o docencia, sin consentimiento, manifestado por escrito, de sus representantes legales.
- Impedir que su madre reciba una adecuada atención en salud mental que disminuya el riesgo de la depresión posparto y de esa manera evitar que no le atienda debidamente, abandone la lactancia, etc.

Anexo 4.

Ampliación de los actos constitutivos respecto a la Violencia Gineco-Obstétrica sobre las niñas y adolescentes, Aportes de la organización el Parto es Nuestro al Proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto, Ecuador 2016:

- Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias gineco-obstétricas.
- Realizar cualquier tipo de procedimiento gineco-obstétrico, administración de medicación o instrumentalización, sin previo consentimiento informado de la usuaria, indicando además las consecuencias de su uso.
- No respetar el plan de parto de la usuaria, en el que expresa por escrito sus decisiones libres e informadas respecto al parto y postparto.
- Proferir malos tratos físicos y verbales, someter a la usuaria a condiciones poco decorosas, y cualquier tipo de violencia psicológica a la mujer desde el embarazo, parto y post parto.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas (litotomía).
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- No aplicar métodos para disminuir los dolores de parto cuando así lo solicita la madre. De las misma manera, lo es no respetar el derecho de la mujer informada a elegir métodos farmacológicos o alternativos para el manejo del dolor aplicados por profesionales.
- Impedir el derecho a recibir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto cuando las circunstancias lo permitan, el derecho de la mujer a vestir su ropa con la recomendación de que esté limpia, ser obligada a desvestirse o permanecer desnuda si ella no quiere. No respetar las prácticas ancestrales y culturales siempre que no pongan en riesgo la vida de la madre y su bebé.
- Practicar rutinas médicas u obsoletas, contraindicadas por la evidencia científica como: enemas; rasurado; suero intravenoso; monitoreo continuo; abuso de tactos; maniobra de Kristeller; episiotomía; prohibición de ingerir líquidos y/o alimentos; traslado obligatorio en silla de ruedas; anestesia epidural; técnicas de aceleración del parto; ruptura de membranas; pujo dirigido; masaje para que salga la placenta, etc.
- Practicar la cesárea cuando existan condiciones para el parto normal humanizado, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Prácticar por rutina una cesárea por cesárea previa.
- Limitar el derecho de la mujer a que se le practique una cesárea cuando el parto sea imposible o complicado, poniendo en riesgo tanto la salud de la madre como del bebé. No respetar el derecho de la mujer informada a solicitar voluntariamente una cesárea humanizada para buscar una maternidad segura, no traumática.
- Impedir que la mujer esté acompañada por personas de su confianza y elección durante la búsqueda del embarazo, embarazo, trabajo de parto, parto (incluyendo el procedimiento de cesárea) y postparto. Esto incluye a parteras y doulas.
- Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz de la madre con el recién nacido, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, sea en un parto vaginal o en una cesárea.
- El uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario.